

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SUETTE MILIAIRE

ÉPIDÉMIE DE 1906

(CHARENTE ET CHARENTE-INFÉRIEURE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1907

PAR

Jean-Marie-Robert DARTIGOLLES

Né à Villandraut (Gironde), le 8 Décembre 1881

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

LAURÉAT DES HOPITAUX (*Médaille de bronze 1904*)

INTERNE DES HOPITAUX D'AGEN

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Examineurs de la Thèse :	{	MM. PITRES	professeur. <i>Président</i>
		FERRÉ	professeur.
		RONDOT	agrégé.....
		CRUCHET	agrégé.....
			} <i>Juges</i>

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.



BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^e

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SUETTE MILIAIRE

ÉPIDÉMIE DE 1906

(CHARENTE ET CHARENTE-INFÉRIEURE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1907

PAR

Jean-Marie-Robert DARTIGOLLES

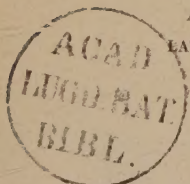
Né à Villandraut (Gironde), le 8 Décembre 1881

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

LAURÉAT DES HOPITAUX (*Médaille de bronze 1904*)

INTERNE DES HOPITAUX D'AGEN

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES



Examineurs de la Thèse :

{	MM. PITRES	professeur. <i>Président</i>
	FERRÉ	professeur.
	RONDOT	agrégé
	CRUCHET	agrégé

Juges

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } MASSE..... }		Professeurs honoraires.	
MM.		MM.	
Clinique interne.....	{ PICOT	Chimie.....	BLAREZ
	{ PITRES	Histoire naturelle.....	GUILLAUD
Clinique externe.....	{ DEMONS	Pharmacie.....	DUPOUY
	{ LANELONGUE	Matière médicale.....	DE NABIAS
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY	Médecine expérimen- tale.....	FERRÉ
Thérapeutique.....	ARNOZAN	Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL
Médecine opératoire.....	VILLAR	Clinique chirurgicale infantile et Orthopé- die.....	DENUCÉ
Clinique d'accouche- ments.....	LEFOUR	Clinique gynécologique	BOURSIER
Anatomie pathologique	COÏNE	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS
Anatomie.....	GENTES (chargé)	Chimie biologique.....	DENIGÈS
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT	Physique pharmaceu- tique.....	SIGALAS
Physiologie.....	JOLYET	Pathologie exotique...	LE DANTEC
Hygiène.....	LAYET		
Médecine légale.....	L. LANDE		
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIE		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (Pathologie interne et Médecine légale.)

MM. MONGOUR	MM. ABADIE
CABANNES	CRUCHET
VERGER	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOUIN	Accouchements {	MM. ANDÉRODIAS
	VENOT		PERY
	GUYOT		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ	Histoire naturelle {	BEILLE
			MANDOUL

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH	Pharmacie.....	MM. BARTHE
			LABAT

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT
Accouchements.....	PERY
Physiologie.....	GAUTRELET
Ophtalmologie.....	LAGRANGE
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Douloureux hommage.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR U. DARTIGOLLES

Douloureux témoignage de mon admiration.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

En témoignage de mon infinie tristesse.

A MON ONCLE MONSIEUR LOUIS DOUENCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAVEZAC

MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUCHÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AGEN

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DES HOPITAUX
D'AGEN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MON CHER MAÎTRE,

Vous avez accueilli le fils d'un de vos anciens camarades comme un des vôtres. Toujours j'ai trouvé auprès de vous les conseils les plus éclairés et le plus aimable dévouement. Permettez-moi de vous exprimer aujourd'hui mes remerciements et ma reconnaissance.

L'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse est pour moi une joie immense et un bien grand encouragement au seuil de cette vie médicale dans laquelle je vais bientôt entrer.

Au moment où notre thèse va terminer la série de nos années d'études médicales, il nous est doux de nous remémorer les anciens jours, depuis l'instant où nous vécûmes parmi tant de « tumultes » notre existence d'étudiant jusqu'au jour où la vie a pris pour nous un caractère plus sombre et plus empreint de tristesse.

Tout d'abord s'offrent à nous les souvenirs du P. C. N. à la Faculté des sciences ; nous eûmes alors la bonne fortune d'être admis dans le laboratoire de M. le Professeur Kunstler. Nous remercions du fond du cœur ce maître éminent de l'honneur qu'il nous a fait en nous acceptant auprès de lui et nous tenons à lui en exprimer notre reconnaissance.

M. le Dr Davezac guida nos premiers pas dans la carrière médicale ; avec une inlassable sollicitude il nous donna l'amour de la médecine. Il fut non seulement pour nous un excellent maître, mais il nous garda encore une amitié ferme que nous dûmes, hélas ! dans des circonstances tragiques, mettre bien souvent à l'épreuve. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance : jamais nous n'oublierons le maître et, à plus forte raison, l'ami.

C'est dans le service de M. le Dr Monod que nous abordâmes la chirurgie. Ses conseils nous furent d'une grande utilité : chirurgien consciencieux, il nous attacha plus encore à la vie hospitalière qui devait tenir dans la suite une très large part de notre existence.

Externe des hôpitaux, nous nous arrê tâmes plus longuement dans différents services.

D'abord, nous eûmes la chance d'être placé dans le service de M. le Dr Courtin. Nous pûmes achever là l'éducation chirurgicale commencée durant notre première année de stage ; auprès de ce chirurgien nous acquîmes, non seulement au point de vue de la

pratique, mais encore par ses nombreuses leçons au lit du malade nous nous perfectionnâmes dans le diagnostic.

Nous adressons à M. le Dr Courtin nos bien vifs remerciements, l'année que nous avons passée dans son service fut pour nous une des plus intéressantes.

M. le Professeur agrégé Auché nous a, à l'hôpital des Enfants, appris avec une patience et une sûreté de clinique merveilleuses à traiter les affections infantiles. Ses renseignements précis, son diagnostic ferme, tandis que tour à tour nous le suivions à l'isolement des maladies contagieuses et dans les salles de médecine générale, nous ont permis de nous rendre un compte exact de tout ce qui a trait à la médecine des enfants.

Nous n'oublierons pas que toujours M. le Professeur agrégé Auché, dont nous avons à juste titre admiré l'enseignement, fut pour nous d'un dévouement que nous avons dû à plusieurs reprises mettre à l'épreuve. Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui, en même temps que nos remerciements, lui exprimer toute notre reconnaissance.

Nous eûmes le bonheur de passer auprès de M. le Professeur Pitres une année qui tiendra une bien large place dans notre existence médicale. Nous avons pu, grâce aux leçons magistrales du maître éminent, non seulement nous familiariser avec les maladies nerveuses, mais encore coordonner les connaissances acquises depuis le début de nos années d'études. M. le Professeur Pitres nous marqua toujours beaucoup d'intérêt; son exquise bonté ne nous fut pas épargnée et nous conserverons toujours dans notre esprit le souvenir de ce maître vénéré.

M. le Professeur Lefour sut par ses magistrales leçons cliniques obstétricales nous mettre à même de faire face aux difficultés de la pratique des accouchements, et il ne nous a pas rendu un médiocre service!

Aux mois de mai et juin 1906, une épidémie de suette miliaire ayant éclaté dans les départements de la Charente et de la Charente-Inférieure, le gouvernement de la République fit appel aux hôpitaux de Bordeaux, les médecins des départements conta-

minés étant débordés par le grand nombre de malades. Un certain nombre de nos camarades internes et externes des hôpitaux partirent sur le théâtre de l'épidémie, nous fûmes parmi ceux-là. Désigné pour soigner les malades des communes de Macqueville et de Ballan, dans la Charente-Inférieure, nous passâmes vingt-huit jours au milieu de l'épidémie; c'est en revenant que nous eûmes l'idée de composer la thèse que nous présentons aujourd'hui.

M. le Professeur Ferré, directeur de l'Institut Pasteur de Bordeaux, se rendit sur les lieux de l'épidémie afin de se procurer du sang et des liquides organiques.

Il a bien voulu nous communiquer les résultats de ses analyses; nous le prions de vouloir bien accepter nos plus vifs remerciements et nous sommes heureux qu'il ait bien voulu siéger aujourd'hui dans notre jury de thèse.

M. le Dr Soulé, de Bordeaux, nous a communiqué une très intéressante observation d'un cas de suette — le seul qui se soit montré à Bordeaux — parmi sa clientèle. Nous lui adressons tous nos remerciements.

Nos camarades partis à l'épidémie ont bien voulu nous aider de leurs conseils, nous ont communiqué leurs observations, en particulier MM. Puyhaubert et Perrens, internes des hôpitaux; qu'ils nous permettent de leur en exprimer toute notre amicale satisfaction.

De pénibles événements ne nous permirent pas de demeurer plus de quelques mois à l'hôpital Saint-Jacques d'Agen, mais nous avons conservé le meilleur souvenir de notre temps d'internat.

Nous appreciâmes là-bas l'habileté chirurgicale de M. le Dr Rouliès; auprès de lui, nous nous familiarisâmes avec la chirurgie oculaire.

M. le Dr Ricard fut un chirurgien consciencieux auprès duquel nous puisâmes des renseignements précieux.

M. le Dr Amblard nous fit profiter de sa longue expérience médicale avec son amabilité coutumière.

Quant à M. le Dr Renoux, il fut pour nous un véritable ami.

Avec lui, nous avons travaillé avec méthode ; la clinique, l'anatomie pathologique, la microbiologie nous passionnèrent tour à tour, et c'est au moment où nous nous proposons de publier quelques résultats de nos recherches qu'il nous fallut abandonner l'œuvre commencée en commun. Que M. le Dr Renoux soit assuré de notre profond attachement ; nos regrets lui prouvent combien il nous a été pénible d'abandonner notre poste d'interne.

Nous tenons à remercier aussi de son amabilité l'excellent secrétaire général de la Commission des hospices d'Agen, M. Berrette ; il nous a toujours montré beaucoup d'intérêt et nous a rendu le séjour de l'hôpital Saint-Jacques aussi agréable que possible.

Il nous faut encore rappeler combien nous avons trouvé de sollicitude chez beaucoup de nos maîtres que nous ne citons pas plus haut. Au moment d'entrer dans la vie médicale véritable, nous tenons à leur exprimer notre reconnaissance et à les assurer que nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'ils nous ont montrée.

MM. les Professeurs agrégés Venot, Abadie, Verger, Cavalié et Guyot nous ont montré tant de bienveillance et de dévouement qu'il nous est doux de les en remercier ici.

M. le Professeur agrégé Lagrange fut pour les nôtres aussi dévoué qu'aimable ; qu'il nous permette de lui adresser nos respectueux remerciements.

Enfin à tous ceux qui furent nos amis, qui prirent quelque intérêt à nos études, nous exprimons avec joie toute notre reconnaissance. Au moment de quitter les hôpitaux et la Faculté de médecine pour entrer définitivement dans la carrière, nous songerons aux exemples qui nous ont été donnés et nous aurons pour les suivre toute l'énergie que nous avons pu acquérir durant nos quelques années d'études médicales.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La maladie qui nous occupe paraît avoir subi, dans le cours des âges, des transformations telles qu'il est souvent difficile de la reconnaître dans les descriptions des Anciens. C'était probablement une suette miliaire, cette « *diaphorèse* » (*morbus cardiacus*) d'Arétée, d'Erasistrate et de Coelius-Aurelianus. On y reconnaît le même début brusque, les sueurs d'une abondance exagérée, la dyspnée, les modifications du pouls, les troubles nerveux caractérisés par de l'angoisse, de l'insomnie, parfois des convulsions; mais l'éruption fait défaut. Il en est de même de la « fièvre élude » ou fièvre suante décrite par Gallien.

« Après Gallien, dit Littré, le souvenir de cette affection s'efface de plus en plus. Il semble qu'elle a dû naître sous les successeurs d'Alexandre et cesser vers le ⁱⁱ^e siècle de l'ère chrétienne ». Cette disparition dura plus de douze siècles et il faut arriver jusqu'au ^{xv}^e siècle de l'ère chrétienne pour trouver une maladie qui offre avec la précédente et la suette miliaire des caractères communs tels, qu'on puisse les considérer comme les expressions légèrement différentes de la même entité morbide. Il est à supposer que ce long sommeil de la suette fut souvent interrompu et qu'à plusieurs reprises on assista à des réveils brusques dans les localités primitivement frappées ou dans d'autres indemnes jusque là. Cette opinion semble plausible si l'on songe au polymorphisme de la suette, surtout en ce qui concerne les lésions cutanées.

Quoi qu'il en soit, ce n'est guère qu'en 1443 qu'on en fit

l'étude clinique complète. A cette époque, éclata tout d'un coup la terrible épidémie qui, à cinq reprises, plongea l'Angleterre dans la désolation. Sous des appellations variées : *pestis britannica*, *ephemera britannica*, *sudor anglicans*, *hydropyretose*, *hydronose*, les auteurs la décrivaient minutieusement, la comparant aux affections pestilentiellles (choléra, fièvre jaune, peste), bien qu'elle en différât, comme le fait remarquer Léon Colin : 1^o par l'instantanéité de son développement autochtone à l'extrémité occidentale de l'Europe ; 2^o par sa limitation, soit à la zone primitivement frappée, soit aux populations de race saxonne ; 3^o par sa disparition instantanée en 1551. Du reste, Bacon lui-même, dans son *Histoire d'Henri VII*, indiquait que la peste britannique ne pouvait être confondue avec celle d'Egypte : « Dans la suette, il n'y avait ni charbons, ni pustules, ni taches livides. »

Cette première épidémie exerça des ravages étendus. Quand elle reparut, en 1507, à Londres, elle fut beaucoup plus bénigne. Peut-être même la rendit-on responsable à tort de certaines morts qu'on eût mieux fait d'attribuer à une épidémie concomitante de peste à bubons. Il n'en fut pas ainsi de la troisième épidémie (1518). Elle s'étendit avec une rapidité déconcertante à toute l'Angleterre, mais épargna l'Écosse. La mortalité, décimant toutes les classes de la société, s'éleva dans certaines localités à plus de la moitié de la population. Ce qu'il y avait d'effrayant, c'est que la maladie survenait le plus souvent sans prodromes, emportant le malade en deux ou trois heures. Lors de la quatrième épidémie (1529), le fléau envahit une bonne partie de l'Europe. De Hambourg, où avait touché un navire anglais contaminé, elle atteignit successivement Lubeck, Brème, Stettin, Dantzic, puis la Lithuanie, la Livonie, la Pologne, la Suède, la Norvège, le Danemark. La France fut épargnée. La cinquième épidémie (13 avril 1551) fut d'une intensité sans exemple jusqu'alors. Elle provoqua une émigration en masse ; mais, fait à signaler, les fuyards furent quand même frappés, alors qu'autour d'eux, dans les pays où ils s'étaient nouvellement installés, les indigènes demeuraient indemnes. « Cette

maladie, disait Caius Britannicus, nous suit comme notre ombre dans tous les pays. »

Les principaux caractères cliniques de ces différentes épidémies étaient la soudaineté du début, les sueurs profuses avec sensation de brûlure à l'épigastre, soif intense, céphalalgie, agitation générale, bientôt suivie de collapsus, de tendance au sommeil, de troubles de la respiration, dyspnée, cyanose du visage, turgescence des veines du cou. La mort survenait par hyperthermie, syncope cardiaque ou respiratoire. *Les éruptions étaient très rares.*

Les traitements employés venaient encore aggraver un pronostic déjà sombre. Sous prétexte de favoriser l'œuvre curative de la bonne nature, les médecins augmentaient la sudation par tous les moyens possibles, allant même jusqu'à plonger leurs malheureux clients dans des fours où la température était portée à de très hauts degrés.

Après une longue période de rémission, l'affection reparut en France au commencement du XVIII^e siècle (Montbéliard, 1712).

Nous ne pouvons retracer ici son histoire complète et indiquer même sommairement les caractères particuliers de chacune des trop nombreuses épidémies qui se sont succédé depuis lors. non plus que leur date d'apparition et le nom des localités atteintes. Pour ces détails, nous prions le lecteur de se reporter au tableau synoptique de Léon Colin, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. On trouvera là des renseignements précis, quelquefois pourtant incomplets, car quelques épidémies bénignes ou non diagnostiquées sont passées inaperçues. Nous nous bornerons à indiquer la marche générale des épidémies et leurs principaux foyers d'élection.

En 1718, apparut pour la première fois, en Picardie, une affection que l'on nomma suette des Picards et dont les médecins s'efforcèrent d'établir l'identité avec la peste britannique. Il est probable, malgré l'opinion contraire d'Ozanam, de Hecker (1834), de Littré (1835), que l'assimilation est justifiée. Foucart et Colin l'acceptent et nous nous rangeons à leur avis autorisé. Sans doute, d'une façon générale, la peste britannique, si proche

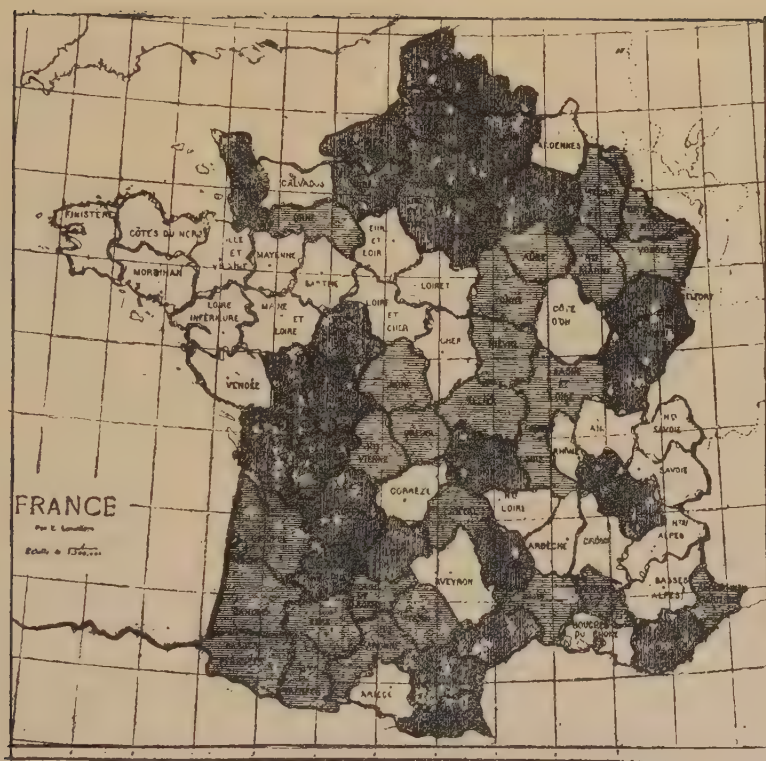
parente du morbus cardiacus d'Aurélien, a été une affection d'une gravité incomparablement supérieure à la suette des Picards. Mais, si l'on examine les cas particuliers, on s'aperçoit qu'il se produit encore, même de nos jours, parfois au cours d'une épidémie bénigne en apparence, de ces morts brutales analogues en tout point à celles qui effrayaient à si juste titre Caius Britannicus et ses contemporains.

Depuis cette première manifestation, la suette s'est montrée en différents points, à des intervalles irréguliers, sans que rien ait pu la faire prévoir. Toujours, elle a eu une prédilection marquée pour la France. Si l'on excepte l'Italie septentrionale, le sud-ouest de l'Allemagne et la Belgique, où, du reste, les épidémies n'eurent jamais un vrai caractère de gravité, on peut dire avec Thoinot qu'il s'agit d'une maladie de terre française. Cette expression, bien entendu, n'implique pas l'idée d'une origine tellurique de l'affection.

En France, cependant, certaines régions ont été jusqu'à ce jour complètement épargnées. Certains départements, cernés de toutes parts par leurs voisins contaminés, ont échappé à la contagion. Et ceci n'est pas pour nous étonner, nous qui avons vu, au cœur même des régions les plus atteintes, lors de la dernière épidémie, des villages entiers ne présenter aucun cas de suette, bien que les habitants fussent en relation continuelle avec ceux des villages frappés. Dans la carte que nous reproduisons, d'après Brouardel et Gilbert, on verra que la Côte-d'Or, la Corrèze, l'Aveyron sont restés indemnes malgré les conditions mauvaises où ils se trouvaient placés. (*Voir carte ci-contre.*)

Dans les départements qu'elle frappe, la suette s'établit d'une façon endémique et ses manifestations sont d'ordinaire assez bénignes. Puis, brusquement, sa virulence s'exalte et des épidémies se montrent, localisées le plus souvent, mais faisant dans leur rayon relativement restreint un nombre de victimes considérable par rapport au chiffre de la population. Voici les principaux foyers d'endémie :

Au Nord, un groupe est formé par les départements ci-après : Pas-de-Calais, Nord, Somme, Aisne, Oise, Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise, Marne, Seine-et-Marne ;



CARTE DES RÉGIONS ENVAHIES PAR LA SUETTE PENDANT LES ÉPIDÉMIES
ANTÉRIEURES A 1906

(Les régions non teintées ont été épargnées; celles teintées en gris clair,
peu atteintes; celles en gris foncé, très éprouvées.)

A l'Ouest, un groupe est formé par Indre-et-Loire, Deux-Sèvres, Vienne, Charente-Inférieure, Charente, Dordogne, Lot-et-Garonne ;

Au centre, Puy-de-Dôme, Lozère ;

Au Midi, deux groupes : le Var d'une part ; les Pyrénées-Orientales, l'Aude et l'Hérault d'autre part.

Si l'on songe, après ce trop rapide exposé, qu'avant 1712 la suette n'existait pas encore en France et qu'en 1718 elle se limita à la Picardie, on se rendra facilement compte que la maladie s'étend de tous côtés en faisant tache d'huile. Les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre en la méconnaissant sont nombreuses et, à n'en pas douter, il faudrait ajouter aux statistiques des épidémies de suette un nombre assez considérable de cas pris à tort pour des rougeoles ou des scarlatines. Nous ne discuterons pas ici ce point si intéressant, et nous étudierons dans un chapitre à part les affinités morbides de la suette. Nous relaterons simplement les faits dont nous donnerons plus tard l'interprétation qui nous paraît la meilleure.

En 1832 en Picardie, en 1849 en Picardie, en Franche-Comté et en Auvergne, la suette coïncida avec une épidémie de choléra. A Toulouse, en 1854, il en fut de même. Cela est plutôt rare. Il est plus fréquent de constater la coexistence avec la rougeole et la scarlatine. C'est, du moins, ce qu'affirmaient les auteurs anciens. Mais lorsqu'on a vu, comme nous, des suettes non douteuses s'accompagner d'éruptions rubéoliques ou scarlatiniformes intenses, on se montre sceptique à l'endroit des coïncidences de ce genre.

Dans l'historique qui précède, il convient de remarquer que la suette, maladie très ancienne et qui s'étend progressivement, a subi à travers les siècles des modifications importantes dans son aspect clinique. Point d'éruption au temps d'Arétée : une éruption légère manquant parfois, en 1443, dans la peste britannique ; tandis qu'à partir de la suette picarde, l'éruption est la règle et son absence l'exception. Même, au moins dans l'épidémie des Charentes, en 1906, cette éruption était telle, qu'elle dominait souvent le tableau symptomatique, ce pendant que des

signes, qui autrefois s'imposaient seuls à l'attention, restaient dans l'ombre.

Depuis 1892, on n'avait pas entendu parler de la suette miliaire, lorsqu'en 1906, après une disparition de plus de quatorze ans, l'affection reparaisait brusquement dans la Charente, un de ses foyers de prédilection. Voici dans quelles circonstances elle se serait développée, selon le docteur André Vignol, médecin chef de l'hôpital de La Rochelle : « Le 12 avril 1906, une fillette de douze ans, originaire de Genac, mais résidant à Cognac, arriva chez ses parents pour passer avec eux son congé de Pâques. Deux jours après son arrivée (14 avril), elle tomba malade et eut une rougeole des plus bénignes (six jours de maladie à peine). Depuis plusieurs mois, il n'y avait plus de rougeole à Genac, tandis que cette affection existait à Cognac, notamment dans la classe de la fillette; ce fut donc un cas de rougeole importé. Ce cas de rougeole ne pouvait contenir aucun germe suettique, puisque Cognac, son lieu d'origine, n'a pas été atteint par l'épidémie de suette. De cette rougeole dérivèrent trois autres cas chez des amies de la fillette; ils se produisirent les 26, 27 et 28 avril. Arrêt; puis quatre cas nouveaux et enfin une foule d'autres, toujours de rougeole pure, sévissant sur des enfants ou jeunes gens et ne présentant aucun caractère spécial ni aucune gravité. Par les écoles et par le cours du catéchisme, l'affection se répandit au hasard dans le bourg; la fermeture de ces écoles et cours (7 et 9 mai) ralentit son expansion et elle se perdit ensuite au milieu des cas de suette qui se produisirent ultérieurement.

» C'est au milieu de ces rougeoles qu'apparut la suette, non pas brusquement et de toutes pièces comme une affection qui se substitue à une autre, mais par des cas de transition qui ont constitué une sorte d'intermédiaire entre les deux épidémies.... C'est le 5 mai, c'est-à-dire vingt jours après l'apparition de la rougeole à Genac, que le premier de ces cas mixtes s'est produit.... C'est le 17 mai seulement que le mot de suette a été officiellement prononcé et l'existence de l'épidémie admise. »

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Dans ce chapitre nous allons essayer de retracer ces tableaux cliniques si variés qu'a offerts, à nous ou à quelques-uns de nos camarades, l'épidémie de suette des Charentes. Nous n'insistons point sur les conditions étiologiques, qui sont traitées dans un autre chapitre, cependant nous sommes obligé, avant de faire la symptomatologie vraie, de décrire quelques symptômes généraux que nous avons rencontrés, au risque de nous répéter.

Dans toute ces communes où a été observée la suette et dont nous avons pu avoir la relation, cette maladie a évolué comme évoluerait une épidémie de grippe. Elle atteignit surtout les adultes ; les enfants néanmoins, surtout dans une commune où cette suette infantile se rapprochait par certains caractères de la rougeole, ne furent pas complètement épargnés.

Elle nous présenta des caractères assez nets suivant la commune envahie et surtout suivant la date d'invasion. Elle présenta également des particularités intéressantes comme symptomatologie d'une localité à l'autre.

Période d'incubation. — Cette période était évidemment excessivement courte, comme l'établissent certains documents qui nous ont été communiqués par nos camarades, mais que nous ne reproduisons pas ici. Cette période d'incubation peut varier de quelques heures, mais sûrement moins de douze heures suffisent à la faire passer à la période d'invasion. Elle peut certainement durer plus longtemps, mais elle ne doit jamais être très longue. Elle peut s'annoncer dans cette période par quelques

prodromes. Dans une de nos observations, le malade fut pris de vives douleurs dans les articulations du pouce; dans un autre cas, ce furent des douleurs vives au niveau du sein chez une femme qui allaitait un enfant. Dans la commune de Gourville, M. Puyhaubert a vu trois malades présenter des taches rougeâtres, lie de vin, pendant cette période d'incubation précédant la période d'invasion; mais dans la plupart des cas, il n'existe pas de prodromes sensibles, car l'angoisse et les malaises s'observent dans une commune en temps d'épidémie à peu près chez toutes les personnes, aussi bien les bien portantes que les malades.

Période d'invasion. — A cette période, qui dure de un à huit jours, le malade éprouvait des phénomènes variables. Dans certaines communes, presque tous les sujets avaient en même temps que les frissons initiaux, qui firent rarement défaut dans ces cas-là, une sensation de barre épigastrique qui durait un à deux jours. Dans la commune de Macqueville et dans celle de Ballan, où nous eûmes à soigner les malades et où l'épidémie présenta un caractère de malignité moins grande, nous retrouvâmes les frissons d'une façon inconstante et la barre épigastrique dans la moitié des cas environ. Dans pas mal d'autres cas les malades ressentaient un serrement au niveau du cou ou de l'angoisse précordiale.

Les étouffements furent très fréquents et dans aucuns cas nous ne trouvâmes de signes positifs d'auscultation, excepté de l'arythmie respiratoire.

Dans quelques cas, les malades présentèrent des vertiges et une sensation de mort prochaine très pénible qui, jointe aux palpitations, exaspérait les malades et désolait l'entourage.

Dans cette période d'invasion, dans la commune de Gourville M. Puyhaubert et dans la commune de Bonneville M. Perrens ont observé assez souvent des épistaxis; dans quelques cas, ces épistaxis se sont répétées plusieurs jours de suite jusqu'à l'éruption et même, dans deux cas, pendant l'éruption.

Dans la commune de Breville, M. Puyhaubert s'est informé auprès de tous les gens bien portants de l'état de la gorge et

des sécrétions nasales et il a appris ou vu par lui-même que bon nombre de personnes qui n'ont pas contracté la maladie ont présenté de légers maux de gorge et fréquemment des sécrétions nasales, striées de filets de sang, qui semblaient constituer ainsi l'état de passage entre l'épistaxis des malades et l'état d'immunité apparente des bien portants : ce qui lui avait donné à penser que tous étaient frappés, mais que certains avaient ou acquéraient la propriété de résister à l'infection.

Pendant cette période d'invasion, quelques gros symptômes apparaissent. D'abord les sueurs.

Sueurs. — Elles débutent presque toujours en même temps que les frissons; souvent à l'approche de la nuit ou la nuit et atteignent pendant les crises sudorales une intensité extraordinaire. On peut voir se produire sous les yeux des gouttelettes de sueur qui se réunissent en gouttes au point de tremper une chemise en moins de cinq minutes. Dans de nombreux cas, les matelas étaient percés par la sueur au bout de quelques heures. Généralement, ces sueurs ne sont pas accompagnées de démangeaisons de la peau pendant le premier jour, celles-ci apparaissent seulement vers le second ou le troisième: elles annoncent l'éruption. Les sueurs ont une odeur qu'on a dit être tout à fait caractéristique (Parrot). Évidemment dans un grand nombre de cas, nos camarades et parfois nous-même avons observé cette fétidité particulière, mais avec Foucart, Ardouin et Colin, nous sommes à peu près persuadé que la cause de cette fétidité réside dans l'état de malpropreté des malades et dans l'état de décomposition de la sueur; pour preuve, nous faisons valoir cet argument que chez les malades à qui nous avons pu faire faire des ablutions assez fréquentes, il n'existait que peu ou pas de fétidité.

Fièvre. — La température des individus atteints de suette que nous avons pu observer a été très variable. Nous regrettons seulement, vu le nombre exagéré de malades que nous avions à voir quotidiennement, de n'avoir pu prendre, d'une façon suivie, la température. S'élevant brusquement dans la période d'invasion, elle présente des rémissions en rapport avec l'inter-

valle des crises sudorales. Elle présente en général son maximum au moment où va se faire l'éruption. Dans quelques cas, la température a été très élevée dès le début et ces cas ont toujours été des plus graves. Comme on peut le voir dans quelques-unes des observations que nous rapportons plus loin, la température a pu s'élever à 41°, à 42°, à 43° et même dans un cas à 43°3, constatés thermométriquement; cette température présentait d'assez grosses irrégularités et son principal caractère était une ascension brusque et extrêmement rapide. Dans tous ces cas, les sucurs ne présentèrent pas d'abondance particulière, furent au contraire plutôt diminuées. Avant la mort, dans les cas où on put avoir la température, elle présenta une ascension brusque quelques instants auparavant.

Dans cette même période d'invasion, nous avons d'assez nombreux phénomènes du côté des divers organes viscéraux, mais nous réservons cette étude pour la fin de ce chapitre.

Période d'éruption. — Elle est annoncée, dans la plupart des cas, par des picotements, des démangeaisons au niveau de la région qui va être le siège de prédilection de l'éruption. Ces démangeaisons peuvent siéger dans le dos, au niveau du front, au niveau des malléoles, surtout au niveau des doigts et des poignets. Dans un cas que nous rapportons, M. Puyhaubert a noté des démangeaisons très désagréables au niveau de la langue et des lèvres, et nous-même avons fréquemment observé des picotements du pharynx et du voile du palais. Ces démangeaisons ne sont nullement en rapport avec l'intensité de l'éruption; elles nous ont paru, au contraire, beaucoup plus vives dans les formes atténuées et durent plusieurs jours si l'éruption se fait mal. Cette éruption paraît sous deux formes : la miliaire blanche et la miliaire rouge. Nous avons observé dans la commune de Macqueville presque exclusivement de la miliaire rouge. Dans quelques villages que nous avons vus plus tardivement et où les malades n'avaient pas pris de précautions hygiéniques, nous avons trouvé de la miliaire blanche. Cette constatation est en rapport avec celle faite par certains de nos camarades, que la miliaire blanche ne s'observe que dans les cas où la sueur a

macéré la peau, et que la miliaire pustuleuse qu'ils ont quelquefois observée n'était que de la miliaire blanche développée sur une peau crasseuse et due, en somme, à de l'infection cutanée.

L'éruption a été également observée au niveau des lèvres, au niveau de la langue, au niveau du voile du palais : dans un seul cas nous avons eu de la diarrhée spontanée au moment de l'éruption. Comme siège de l'éruption, les endroits qui nous ont paru le plus pris, par ordre de fréquence, ont été les suivants : le tronc, la face interne des cuisses, le bas-ventre, le dos et enfin de nombreuses formes généralisées à tout le tégument.

Dans la commune de Gourville, M. Puyhaubert a observé des choses toutes différentes. L'éruption commençait presque toujours par la nuque ou par la région sternale ; assez fréquemment il a observé la forme pustuleuse au niveau des tempes et de la nuque, mais cela, à son arrivée chez les malades qui n'avaient pris aucun soin de propreté du visage. Dans pas mal de cas il a observé l'éruption presque uniquement localisée aux doigts des mains ou aux poignets ou encore au niveau des deux malléoles. Dans ce cas, il existait en même temps un œdème parfois considérable des doigts, œdème dur, de coloration violacée.

Cette période d'éruption durait un temps très variable : tantôt elle était complète en une journée ou même en quelques heures ; dans d'autres cas, il se produisait des éruptions successives à un ou plusieurs jours d'intervalle. Dans quelques rares cas, l'éruption se faisait d'une façon tout à fait incomplète ; elle annonçait en général des cas sérieux.

Période de desquamation. — Cette période fait suite à la précédente ; elle présente deux formes : rubéoliforme, scarlatiniforme.

Rubéoliforme, elle est purpurique et s'observait dans la miliaire rouge.

Scarlatiniforme, elle s'observait dans la miliaire blanche.

Dans quelques cas de miliaire rouge, il n'existait pas de desquamation apparente. Cette desquamation avait lieu du quatrième au quinzième jour.

Symptômes viscéraux. — Nous allons maintenant passer en revue les phénomènes qui se passent du côté de chaque appareil.

Appareil digestif. — Dès le début de la période d'invasion, quelques malades ont éprouvé des douleurs abdominales non suivies de selles diarrhéiques, sauf dans un cas que nous rapportons dans nos observations. La constipation a été observée d'une façon constante, presque toujours très opiniâtre, surtout après la période d'éruption. Elle était souvent accompagnée d'un état gastrique plus ou moins accusé, assez souvent avec vomissements, langue blanche, parfois un peu rôtie.

M. Puyhaubert a retrouvé dans plusieurs cas de l'augmentation de volume de la rate et de l'hyperesthésie, excessivement accusée à la région splénique.

Nous n'avons jamais observé d'hémorragies intestinales.

Appareil pulmonaire. — Cet appareil ne semble avoir été touché primitivement que chez les enfants. Chez l'adulte, nous avons retrouvé de la congestion pulmonaire fréquemment, surtout comme complication survenue pendant la convalescence. Dans quelques cas, on a observé des phénomènes pleuraux et des phénomènes de bronchite.

Appareil circulatoire. — Au début, le cœur paraissait affolé, mais on ne constatait jamais de signes nets de myocardite, ni souffles. Au bout de quelques jours, on constatait de l'asthénie cardiaque très fréquemment et, dans les cas accusés, de la myocardite. Cette myocardite a été constatée également dans l'observation, que nous publions, de M. le Dr Soulé (de Bordeaux).

Le pouls était accéléré modérément dans la plupart des cas, souvent ne suivant pas très exactement la température. Dans les cas très graves il suivait les symptômes cardiaques et il est fort probable que les malades qui sont morts rapidement sont morts d'altérations suraiguës du cœur.

Phénomènes nerveux. — Dans certaines formes, ces phénomènes ont prédominé, mais n'ont été observés que dans les cas les plus graves. Dans quelques-uns, il y avait des phénomènes très nets de méningite.

Le délire s'observait assez fréquemment, surtout chez les gens alcooliques. M. Perrens et nous-même avons examiné les réflexes de nombreux malades; nous les avons trouvés exagérés légèrement ou normaux dans la période d'invasion et d'éruption, un peu diminués dans la période de convalescence.

Phénomènes oculaires. — Nous avons observé un peu de conjonctivite dans un certain nombre de cas, la plupart du temps très légère; le maximum siégeait au niveau de l'angle externe de l'œil. Dans deux cas, il y avait de l'inégalité pupillaire.

Phénomènes urinaires. — L'oligurie n'était pas rare; dans quelques cas il y avait de l'anurie complète. M. Puyhaubert a seul observé trois cas de rétention d'urine, qui ont nécessité des sondages. L'albuminurie était rare, comme le prouvent les analyses jointes aux observations.

Organes génitaux. — Dans un cas rapporté par M. Puyhaubert, il y avait une vulvite avec éruption très accusée au niveau de la face interne des cuisses et sur la vulve. Il y eut de la suppuration après la période d'éruption.

Membres. — Pendant la convalescence, les malades éprouvèrent des contractures des doigts et à certains endroits, entre autres dans la commune de Gourville, des fourmillements très pénibles.

Convalescence. — La convalescence était, en général, très courte et débutait sitôt la période de desquamation. Elle fut très longue pour tous les malades atteints de complications cardiaques, relativement courte pour ceux qui avaient eu des complications pulmonaires. Au bout de dix à quinze jours, dans les cas normaux, les malades étaient complètement rétablis.

Associations morbides. — Nous avons vu la suette évoluer chez des femmes qui allaitaient, sans amener de troubles du côté de la lactation.

Pour ce qui est des règles, dans quelques cas elles ont été avancées pendant l'évolution de la maladie, dans d'autres cas, elles sont venues normalement, mais dans aucun nous ne connaissons de suppression.

Ceux de nos camarades qui ont eu à soigner des femmes

enceintes atteintes de suette ont constaté dans un cas un accouchement prématuré, les autres ayant évolué normalement.

Chez les alcooliques, la maladie a été particulièrement grave, surtout en amenant des phénomènes nerveux intenses : délire, tremblements, et, de l'avis de tous les médecins que nous avons pu consulter, la plupart des malades qui sont morts après plusieurs jours de maladie étaient alcooliques.

Formes cliniques. — La maladie nous a présenté des types un peu variables :

La forme bénigne, la plus fréquente, surtout vers la fin de l'épidémie ;

La forme maligne, caractérisée par l'hyperthermie, les phénomènes nerveux, l'irrégularité de l'éruption ;

La forme infantile, qui a pris à Genac et à Gourville le caractère rubéoliforme, dont elle se différenciait : à Gourville, par l'absence de phénomènes oculaires et de diarrhée, alors que, à Genac, M. Latreille constatait ces symptômes d'une façon à peu près constante, à tel point qu'il resta persuadé qu'il était impossible de la différencier de la rougeole. Dans les autres communes, presque aucun des enfants n'a été pris ; nous n'avons constaté personnellement qu'un seul cas sur deux communes, et encore fut-il très bénin. A Gourville, où les enfants furent pris dans la proportion de 4 sur 5 personnes atteintes, presque tous — 48 sur 21 — eurent des phénomènes pulmonaires, mais toutes ces suettes infantiles furent bénignes.

Terminaison. — La mortalité de la suette des Charentes se manifesta à deux périodes de l'évolution de la maladie. Tout à fait au début de la période d'invasion, dans quelques cas, la mort survint au bout de six à huit heures ; plus souvent, au bout de vingt-quatre heures ; dans les autres cas, elle s'observa après la période d'éruption.

Cette mortalité présenta, comme dans pas mal d'épidémies antérieures, des caractères particuliers : très accusée dans certains villages, elle fut excessivement faible dans d'autres communes.

Rechutes. — Elles furent excessivement rares et présentèrent

plutôt la forme de complications. Elles furent souvent dues à des écarts trop hâtifs de régime.

Diagnostic. — Le diagnostic le plus troublant est celui de la rougeole et de la suette miliaire de l'enfant. Dans quelques cas, il est impossible de conclure. Chez l'adulte, dans la plupart des cas, aucun doute ne peut subsister. Tout à fait au début, certaines personnes très impressionnables, quoique n'étant pas atteintes, se mettent au lit et éprouvent la plupart des symptômes de la période d'invasion, y compris les sueurs; mais ces dernières sont beaucoup moins accusées; le sujet n'a pas d'hyperthermie.

Pronostic. — Il a été bénin d'une façon générale, excepté pour le début de la maladie.

MM. les D^{rs} Sabrazès, Jonchères et Muratet ont étudié les rapports réciproques des divers types leucocytaires au cours de la suette. Voici leurs conclusions: Il n'existe pas de poïkilocytose, d'anisocytose, de polychromatophilie, d'hématies à granulations basophiles, d'hématies nucléées. Les globules rouges paraissent normaux.

Les plaquettes sanguines sont augmentées de nombre; on y décèle parfois du glycogène. Le nombre des globules blancs, d'après leur répartition par rapport aux rouges, est certainement augmenté; on n'en trouve pas donnant la réaction iodophile.

Les particularités les plus intéressantes sont fournies par la formule leucocytaire. Onze heures et demie après le début (Obs. I), les pourcentages des globules blancs ne s'écartent pas de l'état physiologique; le taux des éosinophiles a une valeur de 2.8 0/0, ce qui ne se voit guère au début des autres maladies infectieuses qui entraînent une baisse de ces éléments. Dix-sept heures après le début, le pourcentage des éosinophiles et des lymphocytes augmente dans la proportion de 1 à 3.

..... L'examen du sang peut donc contribuer au diagnostic avec les maladies simulatrices, telles que la rougeole, la scarlatine, le choléra, qui ne se comportent nullement de cette façon.

.... Sur les préparations par frottis, on ne décèle ni hématozoaires, ni microbes. La recherche des germes devra être tentée à l'aide de méthodes plus sensibles.

Nous allons voir, dans un des chapitres suivants, qu'à toutes ces manifestations cliniques viennent s'adjoindre certaines conditions étiologiques qui ont pu influencer sur les premières, mais qui diffèrent également, par certains points, de celles des épidémies antérieures.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le D^r SOULÉ, de Bordeaux)

Antécédents. — X..., trente-quatre ans, a toujours joui d'une excellente santé. Rien de particulier dans ses antécédents jusqu'en juin 1907.

Histoire de la maladie. — X..., habitant B..., ville où la suette ne s'est pas montrée, partit de B..., le 2 juin au matin, pour N..... (Charente-Inférieure). Il resta trois heures à Saint-Jean-d'Angély à attendre la correspondance pour Matha. Il y avait dans les gares et dans les trains beaucoup de monde, la foire ayant lieu ce jour-là à Matha. Il arriva le jour même à N....., mais, vu les nombreux cas de suette mortels, nous dit-il, pris de peur, il alla coucher à Brie-sous-Matha (8 kilomètres de N.....). Il passa à Brie-sous-Matha la journée du dimanche, alla à la messe, fit plusieurs visites chez des amis, en un mot, fut en contact avec les habitants de la localité dans laquelle, nous a affirmé un de ses parents, la suette sévissait. Il revint à B... le 3 juin et reprit ses occupations.

Le 3 au soir, très fatigué, il dut s'aliter et, jusqu'au 9, il eut des symptômes de malaise (troubles gastriques, douleurs musculaires et articulaires, courbature générale).

Le 9, dans la nuit, il fut pris brusquement, dit-il, de sueurs abondantes, de frissons, de céphalalgie intense, de palpitations, de soif très vive, de grande gêne pour respirer (impression d'étranglement à l'arrière-bouche), de fourmillements dans tout le corps, « comme si, dit-il, le sang venait à fleur de peau. »

Il était très agité, nous dit sa femme, et avait peur de mourir. Puis, au bout de quelque temps, ces symptômes s'amendèrent et, quoique très fatigué et toujours en moiteur, il passa une assez bonne journée.

Le 10, dans la nuit, ces mêmes symptômes se reproduisirent.

Je fus appelé le 11 auprès de ce malade, mais ne pus faire ma visite que dans la soirée.

État actuel. — Le malade présente un facies pâle et angoissé. Il est très agité. Tout son corps baigne dans la sueur, qui coule à profusion ; si bien que sa femme a dû, en peu de temps, le changer deux fois de linge. La sueur est surtout abondante sur le visage et le front. Si abondante, qu'après avoir essuyé, à l'aide d'un mouchoir, son front, on voit immédiatement perler la sueur. Céphalée intense et surtout sus-orbitaire (le malade précise nettement cette localisation). Dyspnée très accentuée avec paroxysmes et accès de suffocation. Même impression d'étranglement à l'arrière-bouche qu'à la première crise et cependant l'examen de l'appareil respiratoire (percussion et auscultation) ne décèle pas de lésions pulmonaires.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal, sauf de la tachycardie pendant les accès de suffocation. Pouls, 120 à 125, mais sans variation dans son rythme et dans son ampleur. La soif est très vive. La langue est très sèche et saburrale. Le voile du palais et la voûte palatine sont le siège d'un énanthème à type scarlatiniforme. Le ventre n'est ni ballonné ni douloureux. Le malade est constipé. La température axillaire est de 39°3.

Traitement : Purgatif ; quinine ; extrait alcoolique de quinquina ; eau oxygénée boratée ; lait.

Le 12 soir, pas de crise depuis la nuit dernière. Le malade, très affaibli, est toujours en moiteur. La céphalée est moins intense. La soif moins vive. La langue plus humide. L'énanthème et l'exanthème persistent. Sur les régions latérales du tronc, on constate quelques sudamina. Urines rares. Température axillaire, 38° 8. Anorexie. Le malade a évacué des selles noires très fétides. Rien aux poumons. Rien au cœur.

Même traitement.

Le 13 matin, état général meilleur. Pas de crises. Eruption descend sur parties latérales du tronc. Le malade est toujours en moiteur. Urines plus abondantes. Constipation. Température axillaire, 38°5.

Le 13 soir, malade plus fatigué que ce matin. La moiteur persiste et la céphalée reparait. Une selle toujours fétide et noire (ayant consistance de goudron). Les urines ne contiennent pas d'albumine. Température, 38° 8. (Même traitement et lavages intestinaux.)

Le 14 matin, le malade a eu le délire pendant la nuit, mais pas de crises de suffocation. On constate aux membres supérieurs, au pli du coude, la présence de petites taches hémorragiques. Pas de selles. Urines peu abondantes. Température, 38° 4.

Le 14 soir, même état. Température, 38° 8.

Le 15 matin, insomnie, anorexie, moiteur. Une selle après lavement (noire et fétide). Exanthème (type scarlatiniforme) commence à pâlir. Taches purpuriques persistent. Urines peu abondantes (pas d'albumine). Le malade est très affaibli. Température, 38°.

Le 16 juin matin, le malade a passé une mauvaise nuit (insomnie, céphalée). Température 37° 8.

Le 16 soir, à onze heures, mandé d'urgence, nous trouvons le malade en proie à des sueurs très abondantes, accompagnées des mêmes symptômes qu'au début de la crise que nous avons constatée le 11 juin au soir. Il faut y ajouter cependant de l'arythmie du pouls, de la faiblesse du myocarde et une tendance aux syncopes qui nous obligea à injecter 1 centimètre cube d'huile camphrée, ainsi que 1 centigramme de spartéine. Urines très rares dans la journée, constipation. Température, 39° 6.

Le 17 au matin (sept heures), prise de sang pratiquée d'une façon aussi aseptique que possible, d'après les instructions de M. le Professeur Ferré qui avait mis à notre disposition des pipettes stérilisées. Température, 37° 5 ; urines abondantes ; le malade se sent assez bien ; nous remarquons une desquamation en collerette au niveau de l'exanthème scarlatiniforme. Les taches purpuriques persistent ; moiteur. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 18 juin, pas de céphalée, la desquamation continue, quelques sudamina sur les parois latérales du thorax ; température, 37° 6. Evacuation après lavements de selles noires, toujours fétides. Deuxième prise de sang dans les mêmes conditions que la première. Desquamation de la langue sans aucune ressemblance avec le type framboisé de la scarlatine. Le pouls bat à 82 pulsations.

Le 19 juin, on prélève sur les urines, recueillies de neuf heures du

matin le 18 à neuf heures le 19, un échantillon ; la quantité d'urines est de trois-quarts de litre, en voici l'analyse :

	Urines normales	Urines examinées
Volume dans les 24 heures . . .	1.000 à 1.500	750 cent. cubes
Densité $+ 15^{\circ}$	1018 à 1026	1020
Odeur.....		<i>sui generis</i>
Couleur.....	jaune ambrée	foncée
Aspect.....		transparent
Dépôt.....		nul
Réaction.....	acide	acide
Acidité en P^2O^5		2,40 $\frac{\text{°}}{100}$
Urée.....	18 à 26 gr. $\frac{\text{°}}{100}$	21 gr. $\frac{\text{°}}{100}$
Acide urique.....	0,30 à 0,50	0,52
Chlorures.....	8 à 12 gr.	4,80
Phosphates.....	1 gr. 50 à 2 gr. 50	1,58
Albumine.....		néant
Mucine.....		néant
Sucre.....		néant
Bile.....		néant
Urobiline.....		présence
Indican.....		prés. très grande proportion

L'amélioration dans l'état du malade persiste. Température, 37° . Le lavage de l'intestin ramène des selles moins fétides.

Le 20 juin, température, 37° .

Le 21 juin, l'amélioration continue, rien à signaler.

Le 22 juin, on recueille encore un échantillon des urines (24 heures) dont nous joignons l'analyse.

La présence d'alcaloïdes peut être expliquée par la présence d'un sel de quinine, le malade prend depuis le début de la maladie de l'extrait mou de quinquina.

Température, $36^{\circ}8$. Pouls bien frappé, 75 à 80. Facies meilleur.

Troisième prise de sang avec toute l'asepsie possible. Les taches pur-

puriques commencent à disparaître. Voici les résultats de l'analyse des urines :

Volume dans les 24 heures.....	500 cc.
Couleur.....	moins jaune
Dépôt.....	nul
Albumine.....	néant
Urobiline.....	néant
Indican.....	présence quantité
Alcaloïdes...;	prés. (prob. quinine)

Le 23 juin, température, 36°8 ; urines de dix heures le 22 à dix heures le 23 : 1.500 centimètres cubes, non albumineuses, ni traces d'indican. Selles normales.

Le 24 juin, température, 36°8. La convalescence continue à évoluer vers la guérison sans incidents.

Le 26 juin, prise de sang (?) Urines 1.200 grammes, non albumineuses. Etat général très bon ; deux selles ; température, 36°8.

Le 29, état général très bon, le malade se lève et est tout à fait convalescent.

Le 7 juillet, le malade est très bien, selles régulières. Prise de sang (?) Guérison.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. PUYHAUBERT, interne des hôpitaux)

M^{me} M. R..., âgée de quarante-trois ans. Pas d'antécédents personnels, au contraire, femme très bien portante et très robuste ; le lundi, à deux heures de la nuit, elle se sent prise de frissons suivis immédiatement de sueurs abondantes.

Le lendemain matin, on fait appeler un médecin qui constate une suette excessivement grave. La malade, à midi, le mardi, est dans le coma et présente 43°3 de température. Elle a eu une hématomèse ou une hémoptysie peu abondante le matin ; on lui met des sangsues sur les apophyses mastoïdes et le soir, à cinq heures, on lui donne un bain froid. A la suite du bain, la température est abaissée à 38° ; le coma est

beaucoup moins profond, mais la température remonte rapidement pendant la nuit.

Le lendemain, on donne deux bains à 24° qui produisent également des abaissements de température très notables.

Le jeudi, elle ne présente plus de coma, mais elle a un peu d'incontinence des matières fécales. Les urines sont rouges, peu abondantes pendant ces quatre premiers jours. A partir de ce jour, constipation opiniâtre.

L'éruption se fait le cinquième jour, mais elle est excessivement rare, on compterait peut-être tout au plus vingt papules sur les régions cervicale et thoracique.

Le vendredi, le pouls est à 108, la température 38°; l'état général semble assez bien remonté.

Le samedi, le pouls est à 80, la température à 37° le matin.

Le dimanche, la température est à 37°5 et la malade présente de l'embryocardie et des étouffements. On fait une injection de 1 centimètre cube d'huile camphrée.

Le lundi, le délire commence en même temps qu'apparaissent des symptômes de méningite : douleurs de la tête, raideur de la nuque, rachialgie, inégalité pupillaire intermittente. Température, 38°; le pouls est à 90, mais toujours faible et arythmique.

Le mardi, les phénomènes sont plus accusés que les jours précédents, il y a, en plus de tremblement de la tête et des mains, de l'agitation, les yeux hagards; le pouls est rapide, mais semble avoir repris de la force; la température est de 38° après un lavement froid, mais monte rapidement à 38°5. Le soir, on donne un bain froid.

Le mercredi, le pouls est meilleur, il bat à 100 pulsations; mais il existe encore de l'inégalité pupillaire; le tremblement et l'agitation ont disparu, le délire persiste. On donne dans la soirée deux bains froids, la température tendant à augmenter après de courtes rémissions produites par les bains.

Le jeudi, le malade meurt brusquement à quatre heures; la température prise un quart d'heure avant la mort était de 37°5, et, au moment où l'on s'aperçut de l'ascension thermique brusque qui précéda la mort, elle était de 39°.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. PUYHAUBERT)

M^{me} D..., trente-sept ans, bien portante antérieurement.

Le 26 mai, elle est prise de sueurs et de sensations de chaleur et de brûlure localisées aux bras et aux reins, avec des rougeurs passagères sur les pommettes. En même temps, elle a des palpitations violentes mais n'a pas de barre épigastrique. Elle présente des vomissements qui se répètent les jours suivants.

Quand nous la voyons, le 2 juin, elle présente une éruption pustuleuse dans le dos et dans les reins, une constipation opiniâtre depuis qu'elle est malade. Les urines sont rares. Le pouls est à 120, presque imperceptible par intervalle; la température à 38°.

Le 3 juin, l'éruption s'est accentuée et est maintenant très accusée au niveau du thorax, du ventre et des bras. Le pouls ne paraissant pas remonté depuis la veille et la malade étant dans un état adynamique très accusé, nous faisons une injection d'huile camphrée et une injection de caféine. Les vomissements ont persisté. Elle présente une céphalalgie très intense; le soir, la température est de 41°; on donne un bain froid qui ramène la température à 38°.

Le 4 juin, le pouls est toujours mauvais. On entend à peine le bruit du cœur. Une injection de caféine ramène rapidement le pouls à 100 pulsations en lui donnant de l'amplitude et de la régularité. La malade présente de l'agitation et sa céphalalgie continue; elle accuse en même temps des douleurs très vives dans les doigts. Les étouffements n'ont pas complètement disparu.

Le 6 juin, le facies est meilleur; le pouls est également meilleur; les douleurs des doigts ont à peu près disparu. L'éruption commence à se flétrir; la température est de 37°5.

Les jours suivants, les phénomènes nerveux finissent de se dissiper; les phénomènes cardiaques s'atténuent lentement et cette malade, à notre départ de la commune, présentait encore des signes de myocardite qui s'accusaient au moindre effort.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. PUYHAUBERT)

M. A..., âgé de vingt-quatre ans. C'est un jeune homme, de constitution faible, qui a eu quatre ans auparavant une fièvre typhoïde qui lui aurait laissé une lésion mitrale.

Le 28 mai, à minuit, il présentait des sueurs très abondantes, mais sans frissons. S'étant mis au lit, il ressentit de violentes douleurs abdominales qui n'ont fait que s'accroître depuis. A ces douleurs sont jointes des palpitations, de l'angoisse et une adynamie extrême.

Quand nous le voyons, le 1^{er} juin, le malade a la voix éteinte, il peut à peine se remuer dans son lit; il a eu dans la matinée trois épistaxis qui ont nécessité des tamponnements. La température à ce moment-là est de 38°; le pouls bat à 124 pulsations, mais est bien frappé.

A l'inspection du malade, on voit une éruption morbilliforme, très nette, avec beaucoup de miliaire blanche sur la région sternale, sur la clavicule, le menton, la nuque. Il présente également des taches de purpura sur les malléoles et la région avoisinante.

A la palpation de l'abdomen, on constate une hyperesthésie excessivement vive, arrachant des cris au malade au simple frottement, surtout à gauche, au niveau de la région splénique. Cette hyperesthésie était apparue le lendemain de l'éruption. A la percussion, le foie n'est pas augmenté de volume, mais la rate est percutable. Il existe du clapotement caecal très accentué.

Le lendemain, l'état adynamique est toujours le même. Le malade a eu une petite épistaxis dans la matinée. L'hyperesthésie abdominale est toujours la même; le pouls paraît plus faible; l'éruption n'a pas changé. La température est de 37°8. Nous faisons une injection d'huile camphrée et, l'ayant revu dans la soirée, nous en pratiquons une deuxième.

Il passe une excellente nuit, repose quelques instants et, le lendemain matin, nous lui faisons administrer un lavement qui amène une selle assez abondante et l'issue de nombreux gaz. La température, le

soir, est abaissée à 37°5. Le pouls paraît meilleur. L'adynamie est moins grande et le malade demande à s'alimenter.

Il présente de l'oligurie, il émet 250 grammes d'urine environ dans les vingt-quatre heures et a présenté un jour de l'indigotinurie. L'examen d'urines dû à l'obligeance de M. le D^r Lemaire, pharmacien de l'hôpital Saint-André, nous a donné les résultats suivants :

Couleur	jaune rougeâtre
Aspect	trouble
Sédiment	assez abondant
Densité à 15°	1031
Résidu fixe à 100°	par litre. 66 gr. 80
Acidité	— 83
Urée	— 31 gr. 50
Phosphates (P ² O ⁵)	— 6 gr. 40
Chlorures	— 3 gr. 40
Indoxyl	— légère augm.
Albumine	— traces très nettes
Glycose	— 0
Acétone	— 0
Pigments biliaires	— 0
Diazo-réaction d'Ehrlich	régulière
Examen microscopique du sédiment...	acide urique cristallisé et amorphe abon- dant.

Les jours suivants, les phénomènes intestinaux s'amendent rapidement. Devant la possibilité de s'alimenter, l'état adynamique disparaît et le malade entre en convalescence, vers le quinzième jour après le début.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. PUYHAUBERT)

Il s'agit de deux enfants : l'un, un garçon, âgé de neuf ans, bien portant jusque-là, ayant eu la rougeole antérieurement, et une fillette, âgée de six ans, bien portante, n'ayant pas eu la rougeole.

Le lundi 27 mai, les deux enfants, qui couchaient dans le même lit, sont pris pendant la nuit de sueurs abondantes, sans frissons et sans phénomènes d'angoisse. L'aîné, cependant, présente des étouffements.

Le lendemain, les enfants se lèvent, mais présentant encore certains phénomènes qui inquiètent les parents, on les remet au lit.

Le 29, ils font deux éruptions; le garçon fait une éruption de miliaire blanche très discrète dans le dos, sur les épaules, sur la nuque et, en avant, sur la région sternale. Sur cette dernière région, on observe uniquement de la miliaire rouge. Il existe également une légère éruption de miliaire rouge au niveau des deux poignets. La fillette a une éruption miliaire blanche caractéristique sur le cou, la nuque, au niveau du bas-ventre et sur la face interne des cuisses. Elle présente une éruption de miliaire très accusée au niveau des grandes lèvres, amenant des démangeaisons continuelles qui ont déjà causé une vulvo-vaginite.

Ces deux enfants présentent à l'auscultation des phénomènes de bronchite disséminés des deux côtés, surtout accusés chez le petit garçon.

Nous ordonnons des cataplasmes sinapisés et des lavages pour la vulvo-vaginite de la petite fille. Le lendemain, les phénomènes pulmonaires s'étaient déjà amendés et l'éruption n'avait pas augmenté. Les enfants n'avaient pas de fièvre, ils réclamaient à manger; malgré leur désir, on les maintint au régime lacté. Les phénomènes pulmonaires disparurent très vite après la sinapisation. L'éruption aboutit à la desquamation vers le cinquième jour, et, malgré l'impossibilité d'obtenir des parents de garder ces petits malades au lit, il n'y eut aucune complication.

La vulvo-vaginite de la fillette était très atténuée le sixième jour, dernier jour où nous la vîmes.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. PUYHAUBERT)

M^{me} L. B... Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, très robuste.

Le samedi 26 mai, elle ressent des tournements de tête, de l'angoisse précordiale et, en même temps, débute des sueurs abondantes. Dès le premier jour, la malade s'aperçoit qu'elle n'a pas envie d'uriner et

qu'elle urine très peu dans les vingt-quatre heures. Elle présente des envies de vomir les jours suivants et reste quatre jours sans aller à la selle.

Nous la voyons le 1^{er} juin. Elle ne présente plus de palpitations ni d'angoisse; l'éruption s'est produite le 29 mai et est surtout accusée au niveau de la région dorso-lombaire, de la face interne des cuisses et des genoux, où on voit un peu de miliaire blanche. Elle ne croit pas avoir eu de fièvre les jours précédents, mais elle nous dit que, un mois auparavant, elle avait eu de l'œdème des jambes et que depuis quelque temps elle urinait un peu moins que d'habitude. Ce jour-là, le pouls bat à 64, l'auscultation nous montre du côté du cœur le premier bruit un peu éteint. Un médecin consulté avait prescrit de la caféine.

Le 3 juin, nous sommes appelé de nouveau parce qu'elle n'a pas uriné depuis trois jours; à la percussion, la vessie est vide; n'ayant pas de sonde à notre disposition, nous cathétérisons l'urètre avec un trocart de gros calibre qui, arrivé dans la vessie, n'amène pas d'urine. Nous ordonnons à la malade de la théobromine à la dose de 2 grammes par jour et de la révulsion sur la région lombaire. Une heure après les premières frictions sur la région lombaire, vigoureusement faites par son mari, on venait nous rechercher en toute hâte, nous annonçant que la malade souffrait horriblement de douleurs du ventre. Ayant revu la malade trois heures environ après notre première visite, nous constatâmes que son abdomen était soulevé par le globe vésical, mat à la percussion. Nous refaisons le cathétérisme avec un trocart et nous retirons un litre et demi d'urine dont voici ci-dessous l'analyse faite par M. le D^r Lemaire.

Le soir, la malade urine normalement plusieurs fois environ 500 grammes de liquide. Le lendemain, elle urine 1.800 grammes dans les vingt-quatre heures et elle peut se lever, ne ressentant plus aucune douleur.

Nous la revîmes le 5 juin, où son pouls battait normalement à 60 pulsations; pas de température. Aucun phénomène anormal.

Couleur	jaune
Aspect.	légèrement trouble
Sédiment	très faible
Densité à $\mp$ 15°	1017

Résidu fixée à 400°.....par litre.	37 gr. 50
Acidité.....	— 60 grammes
Urée.....	— 32 gr. 70
Phosphates (P^3O^5).....	— 4 gr. 90
Chlorures.....	— 3 gr. 20
Indoxyl.....	— augmentation nette
Albumine.....	— traces nettes
Glycosurie.....	— 0
Acétone.....	— 0
Pigments biliaires.....	— 0
Diazo-réaction d'Ehrlich.....	— négative
Examen microscopique.....	— rares leucocytes; quelques cristaux d'oxalate de chaux.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE)

M. C..., âgé de vingt-quatre ans, est un homme très robuste, exerçant le métier de cultivateur.

Le 28 mai, dans la nuit, il fut pris de sueurs abondantes avec quelques légers frissons; il présenta quelques palpitations, un peu d'angoisse précordiale.

Le 29, il avait encore des crises de sueurs, d'une heure environ chacune de durée, mais ne présentait plus de frissons. Ce jour-là, il se lève malgré les avis de son entourage; il mange à midi, et le soir, le malade a des phénomènes d'hyperthermie plus accusés; il se met au lit avec du vertige. Pendant la nuit, il présente des fourmillements au niveau du ventre et du thorax.

Le 30, il constatait une éruption surtout formée de miliaire rouge très accusée sur le ventre, un peu moins accusée sur le thorax et sur les bras.

Le 2 juin, le malade, n'ayant pas été à la selle depuis le début de la maladie, prend une purgation d'huile de ricin qui amène deux selles de matières dures. Quand nous le voyons le soir, le pouls est à 60, il ne présente pas de température. L'éruption disparaît rapidement les jours suivants et le malade peut se lever le huitième jour après le début de la maladie et commencer à s'alimenter.

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE)

M^{me} M..., à B..., âgée de trente-cinq ans. Rien à relever dans les antécédents héréditaires. Deux enfants, dont l'un âgé de quatre mois, qu'elle nourrit au sein.

Le 15 juin, dans la soirée, au moment de donner le sein à son enfant, elle sent ses jambes se dérober sous elle, puis ressent une douleur telle dans les seins qu'elle renonce à faire teter son enfant. Elle se couche et aussitôt elle est prise d'une sueur profuse, en même temps elle sent comme une barre qui, immobilisant son creux épigastrique, l'empêche de respirer. Son entourage, immédiatement, pratique des ablutions répétées toutes les heures qui amènent une accalmie jusque vers une heure du matin. A ce moment, nouvelle crise d'étouffements plus forte que celle du soir et redoublement des sueurs. Appelé auprès de la malade, nous constatons un état d'excitation extraordinaire, elle ne reconnaît plus les êtres et les choses qui l'entourent, elle cherche à attraper quelque chose dans le vide. Sensibilité à la piqure abolie presque partout, raideur des membres inférieurs avec réflexes exagérés. Température, 39°3; pouls à 120 pulsations. Rien aux poumons ni au cœur. La respiration est très difficile; les dents sont serrées; nous faisons recommencer les ablutions froides vinaigrées.

Le 16 juin, la malade délire toujours : c'est un délire doux, elle parle à des personnes qu'il lui semble voir. Elle parle beaucoup entre les dents. Température, 39°; pouls à 120. Les sueurs ont diminué un peu. Pas d'urines. Elle rejette ce que l'on veut lui faire avaler. La sensibilité est toujours à peu près abolie; inégalité pupillaire.

Comme les symptômes ne s'amendent pas dans l'après-midi, nous faisons envelopper de trois heures en trois heures la malade dans un drap mouillé dans de l'eau froide. On fait cette manœuvre quatre fois, il semble dès lors que l'hyperthermie cède.

Le 17, en effet, le délire a disparu et presque toutes les sueurs. Température, 38°2; pouls à 110. Nous n'avons presque pas de crise urinaire. Constipation. Langue blanchâtre, épaisse. La sensibilité est plus nette, l'inégalité pupillaire a disparu; réflexes normaux des membres inférieurs.

Nous pratiquons une prise de sang, après asepsie du pouce de la main droite, selon les enseignements de M. le Professeur Ferré qui a bien voulu nous confier pour cet usage des pipettes stérilisées.

Le 18, après une purgation, selle diarrhéique très fétide, de couleur noire. Urine, 200 grammes à peu près. A l'abolition de la sensibilité a fait place une hyperesthésie cutanée tellement prononcée qu'on peut à peine toucher la malade; elle se sent très fatiguée et se plaint de l'arrière-gorge. A l'examen, on remarque une angine érythémateuse très légère.

Le 19 au soir, éruption très pâle, étendue sur toute la surface du corps sauf la face; les seins sont encore redevenus douloureux, mais aucune modification à signaler du côté de la lactation. Crise urinaire intense. Selle diarrhéique noire, fétide. La fièvre a cédé, température 37°3; pouls régulier, bien frappé.

Le 20, l'éruption a disparu, sans aucune desquamation consécutive. On commence à alimenter un peu la malade qui est très fatiguée.

Le 23, elle est levée, mais conserve des fourmillements dans certains muscles, sans localisations spéciales: c'est tantôt sur le corps, tantôt aux membres, mais plus souvent cependant aux extrémités de ces derniers. Elle recommence à allaiter son enfant et, après une convalescence de sept à dix jours, elle est à peu près guérie complètement.

OBSERVATION IX (PERSONNELLE)

François M..., de M..., âgé de quarante-cinq ans, exerçait autrefois la profession de journalier, mais depuis quatre ans ne peut travailler, étant atteint de tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Opéré il y a un an et demi de péritonite tuberculeuse. Deux enfants robustes. Dans ses antécédents héréditaires on relève que sa grand'mère et son père sont morts de la poitrine.

Le 7 juin 1906 dans l'après-midi, il sent un malaise inexplicable, il a froid à tel point qu'il est obligé d'allumer du feu et cependant la température est très chaude. Il se couche à six heures du soir, transpirant un peu, et commence à ressentir une gêne respiratoire intense. Douleurs lombaires très fortes, sensation de crampes dans les membres

inférieurs. Pendant la nuit, il a quatre crises violentes de suffocation avec douleurs en ceinture plus exagérées au creux épigastrique. Mais, contrairement à son habitude, il transpire très peu la nuit.

Le 8 juin, appelé auprès de lui, nous constatons une gêne respiratoire nettement marquée, sans accès nouveaux de suffocation ; cependant, il transpire un peu alors qu'autrefois les sueurs ne se produisaient chez lui que la nuit. Il nous affirme que ce ne sont plus les mêmes sueurs froides des jours précédents, la transpiration est d'une autre nature, d'après lui. Il avait un peu de diarrhée auparavant, mais depuis la veille il est constipé, le ventre n'est pas douloureux ; l'urine est très rare et rouge foncé.

Température, 38°4. Pouls à 115 pulsations. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre très épais ; le malade a soif et pour combattre sa lassitude boit du café et du rhum.

L'auscultation du cœur et des poumons, à part les lésions de tuberculose qui persistent (respiration rude et soufflante aux sommets, quelques râles muqueux aux bases), ne nous dévoile rien de spécial.

Nous faisons découvrir le malade qui est trop couvert et nous prescrivons 30 grammes d'huile de ricin; le régime liquide : lait, bouillon, tisane de queues de cerises. Quelques ablutions quatre fois par jour, avec de l'eau tiède vinaigrée.

Le 9 juin, état stationnaire ; température, 38°2 ; pouls bien frappé, dépressible, à 110 pulsations. Anurie complète ce jour-là. Selle fétide avec diarrhée noirâtre. Les sueurs semblent diminuer ; la nuit, elles ont disparu complètement. Légère dyspnée, pas de palpitations de cœur.

Le 10, même état, avec en plus rougeur très marquée de la gorge et légère de la face interne des joues. Sensation de prurit sur le thorax et les cuisses. Urine toujours très rare (la moitié d'une tasse à café). Un lavage d'intestin amène très peu de matières dures et d'odeur fétide.

Le 11, éruption sur la face, le cou, le tronc et les membres supérieurs, la face interne des cuisses. Ce sont des macules noires s'effaçant à la pression et très disséminées. En même temps, le malade est très enroué, il se plaint de douleurs dans les jambes et les reins. Température, 38° ; pouls à 90 pulsations. Toux légère avec une bronchite légère greffée sur des lésions pulmonaires antérieures ; urines un peu plus abondantes, une selle normale.

Le 12, l'éruption s'étend sur tout le corps sauf la plante des pieds et la paume des mains. Légère conjonctivite à l'œil droit.

Le 13, crise urinaire, urines abondantes quoique très épaisses; une selle moulée sans lavage intestinal. L'éruption disparaît à la face et pâlit sur le tronc. Température, 37°8; pouls à 90 pulsations. Légère asthénie cardiaque. Les douleurs musculaires ont à peu près disparu.

Le 14 et le 15, l'éruption est à peine visible; à sa place, légère desquamation. Urines plus claires, moins abondantes; l'intestin fonctionne très bien. La langue se nettoie et paraît rougeâtre par endroits. Le malade parle de se lever.

Les 16, 17, 18, convalescence. L'appétit revient un peu, on alimente légèrement le malade. Il desquame encore un peu aux jambes. Température, 37°4. Pas d'asthénie cardiaque. Urines normales, selles normales.

Le 20 juin, guérison.

OBSERVATION X (PERSONNELLE)

M^{me} B..., à M....., trente-deux ans, journalière, mariée, mère de deux enfants. Outre ses couches, elle a eu, il y a quatre ans, une grippe à forme infectieuse qui l'a très affaiblie. En résumé, elle est de santé très précaire.

Le 8 juin 1906, elle se sent plus fatiguée que de coutume. Elle rentre péniblement des champs; en vain essaye-t-elle de prendre le repas du soir, son estomac refuse toute nourriture, elle a plutôt envie de vomir, dit-elle. Dès lors, elle se couche et presque aussitôt des sueurs profuses se manifestent. Son entourage ne peut arriver à la changer de linge suffisamment; le linge de corps, les draps, la paille de son lit sont complètement inondés. La fièvre ne tarde pas à apparaître; elle a très chaud, la bouche sèche et réclame sans cesse à boire; on lui donne, du reste, du café avec du rhum pour la soutenir tellement elle a l'air fatiguée. De temps à autre, elle éprouve un peu de gêne pour respirer.

Le 9 juin, appelé auprès de la malade, nous constatons un état d'abattement profond. Les mêmes sueurs profuses existent, la fièvre est nette, température 38°; pouls 115 pulsations à la minute. La langue est couverte d'un enduit épais blanchâtre; le ventre est douloureux à la

pression; la malade enfin demande souvent à boire. Elle urine très peu.

L'auscultation des poumons ne dévoile rien d'anormal. Quant au cœur, il n'existe aucune lésion, mais ses battements sont précipités; malgré cela, le rythme est régulier; le pouls est vite, mais régulier, dépressible.

Nous faisons administrer 30 grammes d'huile de ricin pour combattre l'embarras gastrique; nous prescrivons, en outre, le régime liquide: lait, bouillon, tisane de queues de cerises. Enfin pour combattre ces sueurs qui affaiblissent beaucoup la malade, nous engageons les gens qui la soignent à procéder à des ablutions sur tout le corps, en respectant toutefois l'abdomen, avec de l'eau froide additionnée d'un peu de vinaigre.

Le soir, à dix heures, la malade est prise d'étouffements très douloureux, elle crie, il lui semble que sa poitrine est serrée comme dans un étau. Cependant, dans la journée, elle a eu deux selles abondantes d'odeur très fétide; les urines continuent à être rares. A première vue, il semble que depuis le matin des phénomènes pulmonaires graves ont surgi. En effet, la malade présente des crises de dyspnée violentes, elle s'étouffe littéralement et son cœur palpite avec violence; les crises de suffocation sont très douloureuses, dressée sur son séant la malade fait des efforts désespérés pour respirer; le facies est très pâle, les traits tirés, les yeux brillants. Si ses jambes pouvaient la porter elle sortirait, dit-elle, tellement l'atmosphère lui paraît lourde.

L'auscultation nous dévoile quelques rares sibilances, mais aucun phénomène pouvant expliquer l'état dyspnéique. Le cœur présente un peu d'arythmie avec des battements précipités. Enfin la fièvre a augmenté (40°) et le pouls est à 120 pulsations à la minute.

Nous faisons procéder à des ablutions toutes les heures et nous pratiquons une injection de 1 centigramme de sulfate de spartéine pour régulariser les battements désordonnés du cœur.

Le 10 juin, les phénomènes de suffocation sont un peu calmés, le cœur bat plus lentement, la température baisse (38°2'); pouls à 130 pulsations à la minute. Malgré que la malade soit très affaiblie elle ressent un mieux appréciable; les sueurs elles-mêmes ont diminué beaucoup et, à part une céphalée intense, l'état général est plus satisfaisant. Sur le

corps de la malade on remarque une éruption étendue au thorax, aux membres supérieurs et à la racine des cuisses. Cette éruption est caractérisée par des plaques rouges tantôt larges, tantôt peu étendues.

La constipation persiste, la langue est toujours saburrale; l'urine paraît être plus abondante, il est à remarquer que depuis le 8 juin la malade n'a presque pas uriné.

Le 11, l'éruption s'étend aux membres inférieurs, au dos; la face n'en présente aucune trace. La sueur, qui a diminué sensiblement, existe encore cependant; la peau de la malade est sans cesse moite. L'éruption se caractérise un peu plus nettement, les plaques ressemblent à de la rougeole complètement, mais nous n'avons jamais remarqué chez elle ni catarrhe oculo-nasal, ni rougeur bien caractéristique du côté du voile du palais et de la face interne des joues. Les ganglions sous-maxillaires ne présentent aucune trace d'adénite. La malade est très affaiblie, température 38°, pouls à 110. Il semble qu'il y ait un peu d'amélioration, mais pourtant le cœur bat d'une façon très irrégulière, arythmie très marquée. Jusqu'ici la malade n'a pas reposé la nuit, elle commence cependant à sommeiller un peu. Les urines continuent à être rares.

Le 13 juin, état stationnaire; l'éruption pâlit beaucoup, il semble qu'elle va disparaître. Température, 37°9; même arythmie du cœur; pouls à 110. Le sommeil persiste.

Le 14 juin, les sueurs ont cessé brusquement dans la nuit, mais la malade se sent mal à l'aise; cependant l'éruption a presque disparu depuis la veille. Les lavements ramènent chaque jour des selles fétides sous forme de diarrhée noirâtre peu fluide. Les urines sont un peu plus abondantes, 250 grammes à peu près. Température, 38°2; pouls à 110. L'état du cœur n'a pas varié; la malade paraît inquiète, elle respire mal, assure-t-elle.

Dans la nuit on vient nous chercher en toute hâte et nous assistons à une crise terrible de suffocation. La sueur ruisselle comme aux premiers jours sur le corps de la malade; il semble que les suffocations soient plus fortes qu'au début de la maladie. Sensation d'égorgement, douleurs très marquées dans les cuisses, dans les bras. La respiration se fait par une inspiration très douloureuse qui arrache des cris à la malade, puis par une longue et lente expiration. Température, 40°;

pouls à 120, 125. Le cœur bat extrêmement vite avec des arrêts parfois, les ailes du nez battent très vite.

Rien à l'auscultation ; pas de douleurs abdominales.

Le 15 juin, même état que pendant la nuit précédente avec de l'aggravation ; malgré les ablutions, la fièvre se maintient à 40° ; les accès de suffocation sont calmés, mais la malade est dans un état de prostration profonde. Il semble parfois qu'elle respire bien. Le pouls est vite mais il est petit, très difficile à compter, plus de 120 pulsations à la minute. Quant au cœur, il a ralenti son rythme très sensiblement depuis la veille, mais l'arythmie est plus nette encore. L'auscultation de cet organe nous montre de longs arrêts. On a l'impression que la malade s'éteint.

Injection de 1 centimètre cube d'huile camphrée à neuf heures du matin ; à midi, injection de 1 centigramme de spartéine.

Le soir, apparition d'une éruption nouvelle plus caractérisée que la première. Tout le thorax est recouvert d'une seule plaque rouge avec des boutons de miliaire qui laissent sourdre un exsudat. Sur la face interne des cuisses on trouve quelques sudamina. Température, 39°4 ; pouls à 110. Le cœur est un peu plus régulier mais bat très lentement. Les urines sont complètement supprimées. Selles noirâtres diarrhéiques et fétides. La malade ressent sur tout le corps une sensation de prurit intense ; les accès de suffocation ont disparu complètement.

Injection de 1 centimètre cube d'huile camphrée ; régime liquide, continuation des ablutions, une grande moiteur persistant sur tout le corps de la malade.

Le 16 juin, la température est tombée à 38° ; la malade a uriné 400 grammes d'urines environ, elles sont rougeâtres avec un sédiment épais. L'éruption a gagné presque tout le corps, sauf la plante des pieds et la paume des mains. Elle ressemble à s'y méprendre à une éruption de rougeole confluente. Les plaques s'effacent à la pression ; à peu près partout, miliaire avec exsudat. A remarquer que, ainsi qu'à la première éruption, la face est respectée ; il n'y a, en effet, que fort peu de macules sur le visage. Température, 37°8 ; pouls irrégulier, comme le cœur dont le rythme est lent.

Une injection d'huile camphrée matin et soir. Même traitement, à l'exception des ablutions.

Le 17, les selles sont un peu plus claires, abondantes, mais aussi fétides; la malade se plaint de douleurs abdominales très fortes. L'abdomen est tendu, dur. Urines, 300 grammes environ. Respiration normale; les sueurs disparaissent lentement. Température, 37°9; le poulx et le cœur n'ont pas varié dans leur rythme. L'éruption reste stationnaire.

Injectons matin et soir d'huile camphrée.

Le 18, apparition des règles qui fatiguent beaucoup la malade. D'après ses souvenirs elle aurait douze jours d'avance sur ses dernières règles. Température, 37°4. Cœur très ralenti, avec des arrêts et des ressauts de temps à autre. Urines assez abondantes. Selles de même caractère que les jours précédents.

A midi, une syncope, la malade revient lentement après une injection d'éther suivie d'une injection de spartéine. Elle est très abattue. Nous prescrivons des boissons chaudes et une potion à 0,10 centigrammes de spartéine. Sensation de froid, la malade claque des dents; à cinq heures de l'après-midi, nouvelle syncope à laquelle nous n'assistons pas.

La nuit, mandé en hâte, nous nous trouvons en face d'une malade qui a presque perdu connaissance. Injectons de spartéine, deux injections d'huile camphrée.

Le 19, l'éruption a disparu presque complètement; la malade urine 600 grammes dans la journée, urines plus claires. Selles diarrhéiques non fétides. Affaiblissement considérable de la malade, elle a maigri beaucoup durant sa maladie. Température 36°8 le matin, 37°4 le soir.

Cœur toujours lent avec autant d'arythmie.

Nous continuons le traitement précédent (quatre injections d'huile camphrée, potion à la caféine).

Nous pratiquons une prise de sang selon les procédés de M. le Professeur Ferré.

Le 20, disparition complète de l'éruption et légère desquamation sans forme spéciale. La température est normale. Tous les phénomènes se sont amendés, sauf le rythme du cœur qui est demeuré le même. La malade a des tendances aux syncopes, elle ne peut remuer, dit-elle, surtout ses membres.

Nous faisons une injection de 500 centimètres cubes de sérum artificiel; en plus, des injections d'huile camphrée.

Le 21, le 22, le 23 juin, disparition graduelle de la desquamation. Même état général de la malade. Même traitement.

Le 24, nouvelle injection de sérum artificiel, 500 centimètres cubes. Le cœur semble s'amender un peu. On n'y décèle à l'auscultation aucun souffle organique. L'urine est claire, abondante. Les selles moulées, point fétides.

Nous essayons d'alimenter la malade avec une nourriture légère : potage, purée de légumes, viande blanche. Tous les jours, nous pratiquons trois injections d'huile camphrée, et cela jusqu'au 4 juillet.

Le 29 juin, la malade essaye de se lever, elle peut à peine se tenir sur ses jambes et elle ressent du vertige.

Le 5 juillet, nous faisons une dernière visite à la malade, qui semble un peu améliorée au point de vue du cœur.

Elle est à peine convalescente et nous avons su depuis que, six mois après, elle n'était pas encore capable de reprendre le travail.

OBSERVATION XI (PERSONNELLE)

Aline J... C'est une enfant âgée de six ans; elle est un peu frêle, mais cependant elle n'a eu d'autre maladie qu'une rougeole légère, il y a deux ans. Les parents sont bien portants.

Le 11 juin, à dix heures du soir, elle se réveille brusquement et se plaint de céphalée; ses parents s'empressent autour d'elle et bientôt elle commence à suer; en même temps, la respiration devient saccadée. Mandé en toute hâte, nous constatons une température de 38°2; le pouls est à 90. L'enfant se plaint d'une grande gêne du côté de la gorge, elle ressent, dit-elle, des picotements et parfois peut à peine déglutir. Elle sue, mais ne présente pas les sueurs profuses constatées jusqu'ici par nous chez les autres malades atteints de suette. Catarrhe oculaire marqué, pas de catarrhe nasal. Elle est constipée depuis deux jours et souffre légèrement du ventre. Légère toux.

L'auscultation des poumons nous dévoile une bronchite légère. Le cœur, un peu précipité dans ses battements, n'a aucune lésion.

L'urine est un peu rougeâtre, mais en quantité assez grande.

Une première ablution à l'eau froide vinaigrée fait disparaître les

sueurs presque complètement. Elles ne réapparaissent que le matin vers quatre heures.

Le 12 juin, de nouvelles ablutions ont supprimé ces sueurs. Des cataplasmes sinapisés commencent à agir sur la bronchite. Enfin, une purgation amène deux selles sans caractères spéciaux.

La gorge est moins douloureuse; l'examen nous montre une rougeur érythémateuse du voile du palais et de la face interne des joues. Pas de ganglions sous-maxillaires volumineux. Température, 37°9; pouls bat à 90.

Le soir, à quatre heures, une éruption de miliaire rouge apparaît au front et à la face interne des cuisses. Dans la soirée, elle atteint son maximum et s'étend presque sur tout le corps. Elle est rosée et présente l'aspect de la scarlatine. Nous notons une ecchymose à la région trochantérienne gauche.

L'urine est abondante et plus claire.

Le 13, à midi, l'éruption a disparu presque complètement; le front desquame un peu; desquamation furfuracée. La bronchite disparaît; la température est de 37°2; le pouls bat à 72 pulsations. L'enfant est allée à selle sans lavage intestinal; enfin, elle demande à s'alimenter.

Le 15, le front seul a desquamé; l'état général de l'enfant est excellent, et le 19 la guérison est complète. La tache ecchymotique déjà signalée ne s'efface totalement que le 23.

OBSERVATION XII (PERSONNELLE)

M^{me} R..., âgée de quarante-sept ans. Elle travaille aux champs. Deux enfants. Ordinairement très bien portante.

Le 8 juin, en faisant son ménage, le soir à neuf heures, elle se sent très fatiguée; douleurs abdominales très fortes. Elle s'alite et bientôt elle a très chaud et est prise de sueurs profuses. Elle a une violente envie de vomir et présente une sensation de barre épigastrique tellement douloureuse qu'elle essaye de ne pas respirer aussi longtemps qu'elle le peut.

En examinant la malade, nous remarquons, outre les sueurs profuses, un tremblement des lèvres et des mains très marqué par instants. Tem-

pérature, 39°; pouls à 120. Il faut, pour arrêter un peu les sueurs et calmer les étouffements, procéder à des ablutions froides vinaigrées toutes les heures.

Violentes palpitations de cœur, qui surviennent chaque fois que la malade se remue un peu vivement dans son lit. Urines rares; constipation prononcée. A la palpation, l'abdomen est douloureux, mais la percussion ne nous donne aucun résultat anormal.

Rien à l'auscultation des poumons; le cœur bat très vite, pas de souffle, pas d'arythmie.

Les ablutions donnent dans ce cas un résultat tel, que le lendemain, à six heures du matin, tous ces symptômes ont cédé presque totalement. Température, 37°6; pouls à 80 pulsations. Une purgation n'a pas donné de résultat. Après trois lavements on obtient une selle peu abondante, peu consistante, très fétide, de couleur noire. La malade est très fatiguée, le cœur présente un peu d'arythmie. Nous injectons 1 centimètre cube d'huile camphrée.

Le 10 et dans la journée du 11, état stationnaire. Toujours de la constipation; anurie complète. Le cœur bat lentement, avec des arrêts; nous sommes obligé de le soutenir à l'aide d'injections de spartéine.

Le 11, à dix heures et demie, la malade commence à s'agiter; elle s'étouffe au point qu'elle fait ouvrir les fenêtres de sa chambre, espérant que l'air frais la soulagera. Les sueurs réapparaissent plus profuses; la sensation de barre épigastrique, jointe à des crampes de tous les membres s'installe de nouveau. La malade déclare à son entourage qu'elle va mourir.

En entrant dans la pièce où elle repose, nous sommes frappé des efforts inouïs qu'elle fait pour pouvoir respirer. Les mains, le front sont brûlants. Température, 40°2; le pouls bat très vite à plus de 125, il est petit mais assez bien frappé. Le cœur bat lui aussi très vite, avec des faux pas nombreux. Nous nous trouvons en présence d'une crise pareille à celle du 8 juin, avec la différence, cependant, qu'elle est plus accentuée. L'anurie continue à être complète.

Les ablutions calment à peine la malade. Vers sept heures, le lendemain matin, elle est plus calme, mais plus prostrée. La température est de 36°6; le pouls bat à 80. Constipation toujours opiniâtre. La malade urine très peu, mais l'anurie est vaincue cependant. Les sueurs ont

diminué beaucoup, les douleurs et les étouffements ont disparu. Seul le cœur continue à être irrégulier.

Nous pratiquons une injection d'huile camphrée. Vers deux heures de l'après-midi, la gorge est devenue douloureuse et presque aussitôt apparaissent les premières manifestations de l'éruption. Elle débute au front, aux cuisses, face interne; quelques macules sur le tronc.

Il faut trois jours pour que l'éruption soit complète; elle est très confluyente, ne respectant presque aucune partie du corps. Elle présente tous les caractères de la rougeole : c'est de la miliaire rouge.

Le 15 juin, débâcle urinaire très prononcée; la malade urine plus de deux litres. La constipation ne fait pas de progrès vers la rémission. Le cœur est toujours arythmique dans ses battements, qui se sont beaucoup ralentis. La température est de 37°6; pouls à 70. Injections d'huile camphrée.

Le 16, l'éruption pâlit et la malade se sent beaucoup plus à l'aise; l'urine n'est plus rare; la constipation s'amende un peu. La température est normale. Le cœur demeure mauvais et semble parfois s'affaiblir un peu plus.

Le 20, desquamation qui débute au tronc, puis gagne la face et, les trois jours suivants, les autres parties du corps. Selle normale; urine en quantité normale.

Potion avec 10 centigrammes de sulfate de spartéine. Injection en deux fois de 1.000 grammes de sérum artificiel. Le 1^{er} juillet seulement la desquamation a disparu tout à fait. La malade entre en convalescence. Seul le cœur est encore faible dans ses battements, mais remonte lentement.

Ce jour-là, nous procédons, d'après les indications de M. le Professeur Ferré, à une prise de sang.

A notre départ, le 6 juillet, la malade est guérie, mais reste encore très affaiblie.

OBSERVATION XIII (PERSONNELLE)

M^{lle} J..., âgée de seize ans, très bien portante.

Le 15 juin, à trois heures de l'après-midi, tandis qu'elle travaille aux champs elle est prise de douleurs dans les jambes et les reins. Effrayée,

elle rentre chez elle et s'alite. Les douleurs s'accroissent. A sept heures du soir, frisson très long et immédiatement après apparition des sueurs profuses avec étouffements, palpitations de cœur, sensation de gêne du côté du pharynx.

Nous avons vu la malade à cinq heures, nous la revoyons à huit, et nous constatons la disparition des douleurs du début. Elle sue énormément; elle a une température de 39°2, un pouls à 110 pulsations. Toux légère, sans que l'auscultation ne révèle rien de positif. Cœur un peu rapide, sans arythmie.

Le 16, des ablutions toutes les deux heures ont vaincu les sueurs et les phénomènes douloureux. Constipation qui occasionne quelques rares douleurs abdominales. Urine rouge peu abondante. Température, 38°; le pouls à 90. Le cœur est régulier, moins rapide.

Vers cinq heures du soir, les sueurs et les phénomènes d'étouffement réapparaissent; quelques palpitations de cœur. Une purgation donne un bon résultat: deux selles noirâtres, diarrhéiques, fétides. Avec une pipette stérilisée à nous confiée par M. le Professeur Ferré, nous procédons aussi aseptiquement que possible à une prise de sang.

Dans la nuit a dû se produire l'éruption, car le lendemain nous la constatons; elle est à peu près terminée. Elle s'étend au front, aux membres, au tronc. Conjonctivite légère du côté de l'angle externe de l'œil droit.

Température, 37°8, pouls à 80. Le cœur est régulier. L'urine est un peu plus abondante, 500 grammes environ dans les vingt-quatre heures. La constipation subsiste et il faut avoir recours aux lavages de l'intestin.

Le 19, le 20, le 23, même état. Le 22, une crise urinaire très marquée. La malade se sent très bien; seule la constipation persiste.

Le 25, desquamation légère qui disparaît en deux jours. La malade est très bien. Cependant avant de l'alimenter, nous prescrivons une purgation dont l'effet est décisif. Les matières sont dures, noires et fétides.

Le 30, guérison complète, sans que la malade se ressente presque des quelques jours de maladie.

OBSERVATION XIV (PERSONNELLE)

M^{me} A..., à B..., cinquante-trois ans, femme robuste, exempte de maladie.

Le 15 juin, à dix heures du soir, après une lassitude qui a duré deux jours, elle est prise de violentes palpitations de cœur et presque aussitôt elle commence à suer. Comme elle s'étouffe, on vient nous quérir et on nous affirme que cette femme se meurt. On nous déclare que la veille, étant debout, cette malade a sué d'une façon anormale, elle n'a tenu aucun compte de ces phénomènes et ce n'est que le lendemain qu'elle a dû s'aliter.

La sensation de barre épigastrique est très accusée ici. Le cœur bat très violemment par instants, puis reprend son rythme habituel. Les sueurs sont abondantes, il faut changer sans cesse la malade. Constipation qui remonte à quatre jours ; urines jaune rougeâtre en très petite quantité. Température, 39°9 ; pouls à 90 pulsations.

Ablutions froides vinaigrées ; purgation ; régime liquide difficile à imposer, la malade voulant manger à toute force.

Le 16, aucune amélioration, le traitement n'ayant pas été appliqué. Au contraire, vers trois heures l'après-midi, la malade se sent beaucoup plus mal et a la sensation qu'elle va mourir. Le cœur et le pouls battent très rapidement, le pouls ne peut être compté à cause de sa fréquence.

Injection d'huile camphrée ; ablutions.

Le 17, la purgation amène quatre selles très fétides, abondantes ; c'est une diarrhée noirâtre comme de la poix. Urines très rares. Température, 39°7 ; pouls à 120. Cœur un peu lent. Les sueurs diminuent graduellement, mais les étouffements persistent encore.

Le 18, même état. Urines toujours rares ; constipation moins forte. Cœur normal.

Le 19, sensation intolérable de prurit sur tout le corps ; gorge rouge, douloureuse lorsque la malade avale. La peau demeure moite ; les étouffements diminuent d'intensité. Température, 38°2 ; pouls à 115. Cœur sans arythmie, bien frappé dans ses battements.

Le 20, apparition d'une éruption légère localisée au front et à l'abdomen seulement. Urines très rares ; constipation presque nulle, malgré que les selles soient fétides. Température, 38° ; pouls à 110. La malade ressent un malaise général.

Le 21, elle se lève malgré nos prescriptions et prend un repas copieux, mais une heure après elle éprouve une sensation de vertige qui l'oblige à s'aliter et elle vomit les aliments ingérés. La fièvre reprend à cinq heures, température 39°6, et lorsque nous examinons la malade, qui se dit gênée dans la respiration, nous relevons à l'auscultation les signes d'une congestion pulmonaire double localisée aux bases. Dyspnée violente et douloureuse toute la nuit malgré des cataplasmes sinapisés ; les sueurs réapparaissent quoique très atténuées. Les urines sont toujours rares ; les battements du cœur sont précipités, sans arythmie.

Le 22, une base est presque dégagée, mais la base droite est emplie de râles muqueux très fins, plus nombreux que la veille et qui nécessitent l'application d'un vésicatoire. Anurie complète pendant trente-six heures, due peut-être en partie au vésicatoire. Le cœur est bon ; la température est de 38° ; pouls à 80.

Le 29, il n'y a plus de traces d'éruption. La congestion pulmonaire diminue. Nous prescrivons une potion avec 2 grammes d'ipéca. Température, 37°9 ; pouls à 80.

Le 24, débâcle urinaire en même temps qu'une éruption nouvelle étendue à tout le corps, il se produit une éruption de miliaire rouge scarlatiniforme. La langue est blanche, un peu rôtie ; la constipation est devenue plus forte.

La congestion pulmonaire a disparu à la base gauche, à la base droite persistent quelques râles muqueux fins. Température, 37°4 ; pouls à 70. Le cœur aurait des tendances à faiblir, il existe quelques arrêts dans ses battements.

Une injection de spartéine le remonte définitivement. L'éruption demeure cinq jours sans se modifier. Les urines sont abondantes ; la constipation continue.

Le 30, les symptômes de congestion pulmonaire ont disparu complètement. Le cœur est bon. La température est de 37°2.

L'éruption commence à pâlir, en même temps la malade ressent de

vives douleurs dans les articulations, particulièrement dans les doigts.

Trois jours après, survient une desquamation à larges lambeaux, rappelant celle de la scarlatine. Elle dura plus de huit jours; de sorte que lorsque nous partons, nous constatons encore ces phénomènes. La malade est convalescente, mais très fatiguée; elle éprouve parfois un impérieux besoin de manger, mais lorsqu'elle se trouve en présence d'aliments, elle ressent pour eux un vif dégoût.

Nous avons appris par la suite que les douleurs articulaires ont mis plus de deux mois pour se dissiper entièrement.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

S'il est une question controversée, c'est bien celle de l'étiologie et de la pathogénie de la suette miliaire. Rien n'est encore démontré; tout n'est qu'obscurité et confusion. Toutes les hypothèses ont été émises et, récemment encore, un de nos maîtres les plus autorisés de Paris soutenait à l'Académie de médecine une opinion nouvelle, qu'il nous est difficile d'accepter malgré des apparences séduisantes.

Nous allons passer en revue toutes les causes invoquées pour expliquer la dernière épidémie des Charentes.

Est-elle due à un *venin de terre* comme le prétendait Mazuel? Sans doute, nous savons que dans beaucoup d'épidémies antérieures, celle de 1782 dans le Languedoc, par exemple, les cas graves prédominaient dans les localités marécageuses; qu'en 1819, des pluies torrentielles coïncidèrent avec le développement d'une épidémie très grave. Mais nous savons, d'autre part, que si d'ordinaire les zones montagneuses sont respectées, il arrive parfois dans une épidémie régionale de constater que des villages admirablement situés sur des coteaux calcaires sont cruellement éprouvés, tandis que d'autres, placés en plein marécage, sont épargnés, tels, dans l'épidémie du Poitou, les hameaux de Saint-Léger, Vendeuve, Cheneché, infectés, disait Gaillard, par les grands marais de la Pallu.

Pas plus que pour les épidémies antérieures, les *influences telluriques* ne peuvent être invoquées en ce qui concerne la dernière.

Le bourg de Genac, où se sont montrés les premiers cas, est situé, à vrai dire, dans une plaine basse et humide, traversée

vers le nord par un petit ruisseau presque à sec l'été, mais qui l'hiver se gonfle démesurément et déborde parfois. Le ruisseau est pour le bourg un égout à bon marché, qui charrie toutes sortes de débris et d'immondices. L'odeur, aux jours de chaleur, en est insupportable. Mais ces causes d'insalubrité n'existent pas pour les hameaux de la commune, dispersés autour du bourg dans un long rayon, sur des hauteurs aérées et chauffées par le soleil.

Jaccoud considère comme absolument nulle l'influence de la *saison*. Cependant les auteurs anciens ont remarqué que la suette ne débutait jamais en hiver. L'épidémie des Charentes n'a point fait exception à la règle, puisqu'elle a fait son apparition vers le 13 ou 17 mai.

On a attribué à l'*âge et au sexe* des sujets une certaine importance. Foucart rapporte plusieurs observations de suette chez des enfants à la mamelle ; cependant, le fait est très rare et peu d'auteurs l'ont observé. Parrot, sur 197 malades, n'en a pas observé un seul au-dessous de onze ans. Lors de l'épidémie de Poitiers, il y eut peu d'enfants atteints.

Ces différentes observations ont été vérifiées dans la dernière épidémie des Charentes. D'une façon générale, les enfants paraissent jouir d'une immunité relative, surtout quand ils étaient très jeunes. Nous voulons rappeler ici un cas intéressant : une femme de vingt-huit ans accouche au beau milieu d'une suette grave, avec éruption ; elle nourrit elle même son enfant, qu'elle presse contre elle sans aucune précaution : l'enfant ne contracte pas la maladie.

Pour les vieillards, Doumif remarque que sur 136 malades, 2 seulement avaient dépassé soixante ans. Sur 90 malades, Teillhol en trouve 4.

1.504 malades observés par Rayet, en 1821, sont ainsi répartis :

1 mois à 1 an.....	13	40 à 50.....	346
1 an à 10 ans.....	78	50 à 60.....	199
10 à 20.....	227	60 à 70.....	74
20 à 30.....	438	70 à 75.....	8
30 à 40.....	497	84 à 87.....	1

La prédominance suivant le sexe a varié dans les différentes épidémies. Toutefois, quoique dans des proportions variables, le nombre des femmes l'emporte sur celui des hommes. Parrot, sur 597 malades, a vu 231 femmes et 276 hommes; Nivet, à Aubière, a compté 105 femmes et 98 hommes sur 243 malades; dans l'épidémie de Coulommiers, sur 287 malades, il y eut 173 femmes et 114 hommes.

Voyons maintenant quelques statistiques recueillies durant la dernière épidémie de 1906.

Notre camarade Perrens nous a remis une petite statistique portant sur 47 de ses malades.

Enfants de 1 jour à 12 ans.....		3	
Hommes....	{	de 12 à 20 ans.....	2
		de 20 à 40 ans.....	3
		de 40 à 60 ans.....	7
		au-dessus de 60 ans.....	3
Femmes....	{	de 12 à 20 ans.....	0
		de 20 à 40 ans.....	13
		de 40 à 60 ans.....	10
		au-dessus de 60.....	4
Total.....			47

M. Desbats, sous-préfet de Saint-Jean-d'Angély, a dressé dans son remarquable rapport au préfet de la Charente-Inférieure, des tableaux du plus haut intérêt. Voici comment il a agi : Ne pouvant obtenir des médecins surmenés des déclarations complètes, il organisa un service de renseignements quotidiens par les mairies. « Un point sur lequel il faut insister, c'est l'impossibilité d'obtenir des médecins les déclarations prescrites par l'article 5 de la loi du 15 février 1902. Outre qu'un certain nombre d'entre eux, se faisant une idée erronée et à mon avis antijuridique de la portée du secret professionnel, refusent pour ce motif de se soumettre aux prescriptions de la loi, le plus grand nombre, il faut le reconnaître, s'abstient surtout par négligence et peut-

être par une certaine répugnance à collaborer à une œuvre administrative. Il n'est guère possible, d'autre part, d'appliquer la sanction de l'article 27 de la loi de 1902, tant, il faut avoir le courage de le dire, par suite des relations administratives avec un grand nombre de médecins que par la possibilité chez ceux-ci, au cas où ils seraient l'objet de poursuites, de se retrancher derrière une erreur de diagnostic qui ne saurait être pénalement punissable et qui ferait nécessairement tomber la prévention. Pour obtenir la déclaration de la loi de 1902, il faut surtout, je dirai même exclusivement, compter sur la bonne volonté parfois intermittente des médecins et sur la conviction lente à se faire dans leur esprit de l'utilité de la centralisation de ces renseignements ». Pour ces excellentes raisons, M. Desbats recourut à des déclarations par bulletin quotidien des maires. Il demanda aux chefs des communes ce qu'en 1887 le professeur Brouardel avait organisé avec le concours de la gendarmerie. Grâce à son procédé, il obtint des chiffres qui sans être, peut-être, d'une rigoureuse exactitude sont aussi rapprochés que possible de la vérité.

Voici sa statistique qui porte uniquement sur les cas observés dans l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély. (*Voir tableau ci-contre.*)

Comme on le voit dans la statistique officielle de Saint-Jean-d'Angély (et les renseignements que nous avons recueillis dans la Charente nous permettent d'affirmer que la répartition fut à peu près la même), la maladie a sévi surtout sur les adultes, puisqu'il n'y a que 2,3 0/0 d'enfants contre 97,7 0/0 d'adultes.

M. Desbats a plus fait, il a indiqué la proportion entre les adultes et les enfants.

I

Canton de Matha: 2.109 adultes, 39 enfants, soit 98,25 0/0 d'adultes.

Canton d'Aulnay: 819 adultes, 11 enfants, soit 98,66 0/0 d'adultes.

AGE ET SEXE DES MALADES	Canton de Malba	Canton d'Aulnay	Canton de Saint-Jean- d'Angély	Canton de Saint-Hilaire	Canton de Loulay	Canton de Tonnay-Bou- lonne	Canton de Saint-Savinien	TOTAUX	
								par âge	par catégorie
Enfants de 1 jour à 12 ans.....	39	41	46	4	»	»	2	72	72
de 12 à 20 ans	83	30	21	7	»	»	»	441	1391
de 20 à 40 ans	164	133	30	48	3	2	»	722	
de 40 à 60 ans	339	127	49	23	1	1	»	360	
Hommes									
au-dessus de 60 ans..	108	33	17	6	3	»	1	168	1837
de 12 à 20 ans	123	42	17	4	»	»	»	486	
de 20 à 40 ans	489	223	66	32	7	»	»	837	
Femmes									
de 40 à 60 ans	393	164	70	29	1	1	»	638	136
au-dessus de 60 ans..	90	43	12	8	»	»	1	136	
TOTAL.....	2148	830	318	181	43	4	4	3300	3300

Canton de Saint-Jean-d'Angély : 302 adultes, 16 enfants, soit 94,5 0/0 d'adultes.

Canton de Saint-Hilaire : 177 adultes, 4 enfants, soit 97,7 0/0 d'adultes.

Canton de Loulay : aucun enfant atteint.

Canton de Tonnay-Boutonne : aucun enfant atteint.

Canton de Saint-Savinien : 2 adultes, 2 enfants, soit 50 0/0 d'adultes.

II

Entre les adultes, les cas sont répartis de la façon suivante entre hommes et femmes :

Canton de Matha : 1.014 hommes, 1.095 femmes, soit 48 0/0 d'hommes contre 52 0/0 de femmes.

Canton d'Aulnay : 345 hommes, 474 femmes, soit 42,1 0/0 d'hommes contre 57,9 0/0 de femmes.

Canton de Saint-Jean-d'Angély : 137 hommes, 165 femmes, soit 41,2 0/0 d'hommes contre 58,8 0/0 de femmes.

Canton de Saint-Hilaire : 84 hommes, 93 femmes, soit 47,5 0/0 d'hommes contre 52,5 0/0 de femmes.

Canton de Loulay : 7 hommes, 8 femmes, 46,6 0/0 d'hommes contre 53,3 0/0 de femmes.

Canton de Tonnay-Boutonne : 3 hommes, 1 femme, soit 75 0/0 d'hommes contre 25 0/0 de femmes.

Canton de Saint-Savinien : 1 homme, 1 femme, soit 50 0/0 d'hommes contre 50 0/0 de femmes.

RÉPARTITION DES DÉCÈS

Hommes adultes.....	48 décès.
Femmes adultes.....	16 —
Enfants.....	3 —

Soit 8,10 0/0 d'enfants et 91,90 0/0 d'adultes et, parmi ces derniers, 52,84 0/0 d'hommes et 47,16 0/0 de femmes.

Ces décès sont répartis de la façon suivante :

Canton de Matha	2.148 cas : 23 décès.
Canton d'Aulnay.....	830 cas : 8 —
Canton de Saint-Jean-d'Angély ..	318 cas : 4 —
Canton de Saint-Hilaire	181 cas : 4 —
Canton de Loulay	15 cas : 1 —
Canton de Tonnay-Boulonne....	4 cas : pas de décès.
Canton de Saint-Savinien.....	4 cas : pas de décès.

Les décès ne se sont produits qu'à l'état d'exception. Sur 87 communes atteintes, 66 en ont été complètement indemnes. D'autres n'en ont vu se produire que dans des proportions infimes. Quelques communes ont été particulièrement atteintes, notamment Bresdon (7 décès sur 190 cas).

Dès maintenant, une question se pose : La suette est-elle une *maladie contagieuse*? Ici, encore, les avis sont partagés. Jablonski, Drouineau, Ardouin, Brionval et Rayer nient formellement la contagiosité. Henri Fournier pense exactement le contraire. Il est assez difficile de se prononcer en toute connaissance de cause. Nous avons constaté fréquemment que des personnes étaient prises des premiers symptômes de la maladie quelque temps après avoir approché un malade. Mais quel argument en tirer? N'est-il point vrai que tous les habitants d'un village, d'une maison, soumis, à peu de chose près, au même régime, aux mêmes conditions extérieures peuvent presque simultanément contracter l'affection en cours?

Il y a encore à étudier d'autres points d'étiologie. On a prétendu que la suette avait une prédilection marquée *pour les gens vigoureux*, à constitution athlétique. Nous croyons, quant à nous, que cette opinion prise au pied de la lettre est très exagérée. Tout le monde est susceptible de contracter la suette, mais il faut déclarer, et ceci a été d'une observation journalière lors de l'épidémie de 1906, que certains malades déjà affaiblis par des tares antérieures n'ont présenté que des symptômes très atténués. Nous avons vu plusieurs tuberculeux à différents

stades de leur maladie se tirer d'affaire le plus facilement du monde. Cependant, nous avons constaté aussi que, chez *les alcooliques avérés*, la fièvre miliary offrait souvent son maximum d'intensité.

En pareille matière, il est bon, croyons-nous, de savoir attendre et de ne pas se décider encore dans un sens ou dans l'autre.

Que l'affection soit ou ne soit pas contagieuse, comment se *transmet-elle à l'homme*? MM. Chantemesse et Hauray, dans une communication faite à l'Académie de médecine de Paris, le 23 octobre 1906, ont émis l'hypothèse que les campagnols étaient la cause de tout le mal.

Le campagnol des Charentes, on le sait, habite habituellement les marais qui bordent l'océan de Royan à La Rochelle. Très limide et plutôt casanier, il ne sort guère d'un rayon très limité. Cependant, parfois, sans qu'on sache pourquoi, il émigre en masse. C'est ce qui se produisit en 1904. La Charente et la Charente-Inférieure, la Vendée furent en quelques mois couverts de campagnols. Après un an de séjour, ils disparurent, comme c'est leur coutume.

Quand en 1906 l'épidémie éclata, les Charentais, étonnés à la vue d'un mal si étrange, cherchèrent des explications. Les plus invraisemblables furent données, mais une prévalut : bientôt tous nos clients étaient convaincus que le grand coupable était le campagnol. Les vieillards attiraient l'attention de leurs nombreux auditeurs sur la coïncidence de l'émigration des campagnols avec le début de l'épidémie, et sur ce fait que la maladie sautait d'un village à l'autre en suivant la direction prise par les dits campagnols.

Beaucoup de maires, partageant la croyance de leurs administrés, ne manquèrent pas de demander à M. Chantemesse, quand il vint à Rouillac, son avis sur le sujet qui les passionnait tous. M. Chantemesse répondit que l'opinion générale ne reposait sur aucun fondement sérieux et qu'il ne fallait pas y attacher d'importance. Mais, telle est la mystérieuse puissance des légendes populaires qu'elles séduisent les plus prévenus et



CARTE DES RÉGIONS ENVAHIES PAR LA SCETTE PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE 1906

forcent leur jugement. De retour à Paris, M. Chantemesse, adorant ce qu'il avait brûlé, reprenait la théorie des paysans charentais et la soutenait devant l'Académie de médecine en lui donnant un tour un peu plus scientifique : les rongeurs incriminés auraient péri en masse, par suite d'une maladie contagieuse ; celle-ci se serait transmise à l'homme sous forme de suette, par l'intermédiaire des puces des campagnols.

A notre avis, cette théorie ne saurait être prise en considération :

1° Comme le fait remarquer Vignol, « le champ d'expansion de la suette ne représente qu'une faible partie des territoires envahis par les campagnols ». Le foyer épidémique, comme on peut le voir sur la carte empruntée au distingué médecin chef de l'hôpital de La Rochelle, enjambe sur trois départements et il comprend un espace irrégulièrement circulaire de 60 kilomètres de périmètre. Les campagnols avaient de beaucoup dépassé ces limites.

2° Il ne semble pas qu'une maladie contagieuse quelconque ait décimé les campagnols. Quand ils ont disparu, leurs terriers étaient vides. Quelques rongeurs empoisonnés par les cultivateurs furent seuls trouvés morts dans les champs.

3° Les campagnols avaient abandonné les Charentes depuis plus de quatorze mois quand l'épidémie éclata.

4° Il est peu probable que les puces des campagnols crevés se soient portées sur l'homme. Ces puces sont très différentes de celles de l'homme, par leurs soies et leurs épines, et nous savons que, dans la famille des pucilidées, les diverses espèces présentent ce caractère commun de n'affectionner et de ne piquer que l'animal auquel chacune est destinée. Pour toutes ces raisons, nous sommes forcé de rejeter la théorie de M. Chantemesse.

Ainsi, comme nous le disions au début de ce chapitre, l'étiologie de la suette est loin d'être établie. Confessons notre ignorance et souhaitons que dans un avenir prochain la lumière puisse être faite.

Et pourtant quels efforts n'ont pas été tentés ! Malgré les

moyens précaires dont nous disposions, nous avons essayé, autant que cela nous a été possible, de fournir au Laboratoire de médecine expérimentale quelques éléments de recherches. C'est ainsi que M. le Professeur Ferré, outre ce qu'il avait pu recueillir lui-même durant son voyage pendant l'épidémie, a pu examiner le sang de quelques-uns de nos malades. Avec le soin méticuleux qu'il apporte dans tous ses travaux, M. le Professeur Ferré s'est livré à de longues et laborieuses recherches que nous le remercions d'avoir bien voulu nous conserver et nous permettre de publier ici :

Observations bactériologiques de M. Ferré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur quelques cas de suette miliaire dans les Charentes, en 1906.

I

Désirant observer la suette miliaire au point de vue bactériologique et amorcer l'envoi de matériaux d'études de la part des internes et externes de nos hôpitaux appelés à soigner les malades atteints de cette affection, de la part de ces jeunes hommes qui se sont montrés si pleins de zèle et de dévouement, je me suis rendu, le 3 juin 1906, à Gourville. J'ai vu avec M. Puyhaubert, dans cette commune, au hameau de Ferrières, une malade chez laquelle nous avons recueilli du liquide de vésicules. Impossible de récolter autre chose, du sang notamment. J'ensemenciai sur les lieux ce liquide sur gélose au sang et sur gélose ordinaire; je fis des frottis. De retour à Bordeaux, je plaçai les tubes à l'étuve : ils m'ont fourni du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré. J'examinai, par la thionine et par le Gram, les frottis du liquide vésiculaire que j'avais préparés : je ne trouvai ni élément microbien, ni élément d'ordre parasitaire.

II

J'avais laissé à M. Puyhaubert, pour son usage et pour l'usage de ses camarades, des matériaux d'étude, des milieux variés et les objets nécessaires pour effectuer des récoltes de semences et de frottis. Le

8 juin, je reçus un envoi de M. Puyhaubert. Cet envoi consistait en une récolte de sang effectuée demi-heure après la mort chez un malade atteint gravement et ayant présenté une récédive. La prise de sang avait été faite dans la veine sous-clavière gauche, au moyen d'une seringue lavée à l'alcool, la peau ayant été aseptisée à l'alcool. Il avait été impossible à M. Puyhaubert de récolter du sang sur le vivant. Ce sang, non coagulé, était contenu dans quatre tubes à essai. D'autre part, des tubes de gélose au sang, de gélose, de bouillon, de sérum liquide de cheval et de lapin avaient été ensemencés sur place.

J'ensemenciai moi-même le sang d'un des tubes qui le renfermaient, le tube *a*. Cet ensemencement a donné lieu à l'évolution de colonies de staphylocoque doré. En ce qui concerne les tubes ensemencés par M. Puyhaubert et envoyés par lui, voici les résultats fournis : sur 8 tubes de gélose au sang, 3 ont donné du staphylocoque doré ; sur 5 tubes de gélose ordinaire, aucun n'a cultivé ; sur 2 tubes de bouillon, 1 tube a cultivé et a donné du staphylocoque. Les tubes de sérum liquide n'ont rien donné. Les colonies développées sur ces tubes étaient en faible proportion. J'ai trouvé également des staphylocoques dans trois des quatre tubes contenant le sang liquide : un seul de ces tubes désignés par *a*, *b*, *c*, *d*, le tube *b*, n'en contenait pas et est resté stérile.

J'ai étudié au point de vue microscopique, dans une certaine mesure, le sang envoyé par M. Puyhaubert. Je n'ai pu en étudier la composition leucocytaire, étant donné le mode de récolte de ce sang. J'ai fait avec ces quatre échantillons des préparations sur lames ; je les ai colorées par la thionine phéniquée, par le bleu de méthylène-éosine, par le Gram. J'ai trouvé quelques diplocoques dans le tube *a*. Pas d'élément d'aspect parasitaire dans aucun tube.

J'ai examiné plus longuement le tube *h* resté stérile, désirant rechercher s'il ne se produisait pas d'évolution parasitaire ou autre à longue échéance. J'en ai fait des préparations le 23 juin, le 30 juin, le 12 juillet. A ces deux dernières dates, j'ai coloré ces préparations par le procédé de Giemsa : ni microbes, ni parasites. Le sang de ce tube a été inoculé à un cobaye, le 26 juin, à la dose d'un demi-centimètre cube. Le cobaye est mort le 3 octobre 1906. Les organes ne contenaient pas de microbes. Rien à l'examen microscopique.

L'examen microscopique du sang a été fait également d'une autre

manière. J'avais remarqué dans les premières préparations faites avec le sang du tube α des éléments volumineux, polynucléés et déchiquetés. Ne pouvant me rendre compte de la valeur de ces éléments, je pratiquai l'examen du sang entre lame et lamelle. Un premier examen pratiqué le 12 juin et les examens suivants me démontrèrent que ces éléments étaient de grands leucocytes polynucléés avec vacuoles plus ou moins volumineuses et plus ou moins nombreuses. En dehors de ces vacuoles étaient des corps arrondis, réfringents, animés de mouvements dont la nature n'a pu être nettement définie qui, cependant, pour un certain nombre, après coloration par le bleu de méthylène, ont paru se rapporter aux staphylocoques qui nageaient dans le plasma. Les éléments leucocytaires paraissaient très nombreux dans le sang récolté. Je me suis demandé à quoi pouvait être due la grande quantité de ces éléments : j'ai pensé qu'elle pouvait être attribuée à ce fait que le sang provenait de la sous-clavière gauche et avait été pris probablement près du point d'abouchement du canal thoracique.

Donc, dans le cas de M. Puyhaubert, staphylocoques dans le sang envoyé, staphylocoques en faible proportion dans les tubes de cultureensemencés et envoyés par lui. Au point de vue microscopique, pas de parasites dans le sang. A remarquer, les grands leucocytes polynucléaires vacuolisés qui, en lames desséchées, avaient pu en imposer pour d'autres éléments.

III

A partir du 17 juin, j'ai reçu des prises de sang effectuées chez un malade ayant présenté une affection que les commémoratifs et les symptômes ont permis de diagnostiquer « suette miliaire ». Ce malade a été traité par M. le Dr Soulé, préparateur de physiologie à notre Faculté, qui a récolté au niveau des doigts et m'a apporté le sang dans des pipettes stérilisées. L'antisepsie de la peau avait été effectuée avec grand soin. La quantité de sang recueillie dans ces pipettes était faible.

Chaque prise de sang a été ensemencée dans de la gélose au sang, de la gélose ordinaire, dans du bouillon, sur sérum gélatinisé. Chaque prise a été examinée sur des préparations colorées à la thionine phéniquée, au Gram, au Giemsa.

M. Soulé m'a apporté cinq prises de sang faites le 17, le 18, le 22, le 27 juin et le 7 juillet.

Le 17, le sang a été pris au moment où une crise fébrile allait éclater ; le 18 juin, après la crise ; le 22 juin, avant la crise urinaire ; le 27 juin, au moment d'une poussée légère ; le 7 juillet, au début de la convalescence.

Au point de vue microscopique, dans la première et troisième prise, beaucoup de petits globules rouges et de globulins ; dans la première et troisième prise, quelques diplocoques prenant le Gram. Pas d'apparence d'éléments parasitaires dans aucun cas.

Dans toutes les prises, il s'est développé des staphylocoques, un peu abondants dans la première et la troisième prise, dans les tubesensemencés avec le caillot. Le nombre des colonies n'était cependant pas considérable : ces staphylocoques, liquéfiant la gélatine, appartiennent au *staphylococcus albus*.

Donc, dans le cas observé par M. Soulé, un certain nombre d'éléments à staphylocoques dans lesensemencements, pas de parasites, nombreux petits globules rouges et globulins dans certains cas.

IV

Le 1^{er} juillet 1906, M. Dartigolles m'envoie par M. Puyhaubert quatre pipettes contenant du sang. La pipette n° 1 provenait d'une malade de Ballan ; la pipette n° 2, d'une malade de Macqueville ; la pipette n° 3, d'une autre malade de Macqueville atteinte de myocardite ; la pipette n° 4, d'une malade convalescente. Le récolte a été faite au doigt.

Le sang de chaque pipette a étéensemencé dans deux tubes de gélose ordinaire, un tube de gélose au sang, un tube de bouillon, un tube de sérum gélatiné. Il a été examiné à l'état liquide et après fixation sur lame.

A l'état liquide, le sang de la pipette n° 1 contient des globules blancs nombreux parmi lesquels de grands polynucléaires vacuolisés, semblables à ceux que contenait le sang envoyé par M. Puyhaubert. Le sang des pipettes 2, 3, 4 contenait également des globules blancs nombreux, mais peu de globules volumineux vacuolisés. Les pipettes 3 et 4 renfermaient de nombreux bacilles mobiles isolés ou bout à bout. Sur

lames, l'examen n'a permis de constater la présence d'aucun élément parasitaire. Des bacilles dans les échantillons 3 et 4.

Les cultures de ces différentes prises ont donné pour le sang n° 1 et n° 2 des staphylocoques et pour le sang n° 3 et n° 4 des bacilles sporulés ayant les caractères biologiques du *bacillus subtilis*.

Ces staphylocoques et bacilles ont été cultivés en bouillon et inoculés à la dose de 2 centimètres cubes en moyenne à des lapins dans la veine de l'oreille, le 6 juillet.

Le lapin inoculé avec 1 est mort le lendemain. Ses organes n'ont pas donné de culture.

Le lapin inoculé avec 2 est mort le 5 octobre 1906. La culture du sang sur gélose contenait deux colonies bacillaires d'espèce différente.

Le lapin inoculé avec 3 est encore vivant.

Le lapin inoculé avec 4 est mort le 23 novembre 1906. Son sang et ses organes n'ont pas donné de cultures.

Enfin, fait très important dans cette série de recherches, le 2 juillet, j'ai inoculé à un cobaye du poids moyen de 300 grammes quelques gouttes de chaque échantillon de sang envoyé par M. Dartigolles.

Le sang n° 1 a été inoculé à un cobaye qui est encore vivant et n'a présenté aucun accident bien net.

Le sang n° 2 a été inoculé à un cobaye qui est mort le 14 septembre 1906 et dont le sang a donné quelques colonies de staphylocoques. Rien à l'examen microscopique.

Le sang n° 3 a été inoculé à un cobaye qui est mort le 28 novembre 1906 et dont la culture du foie a donné quelques colonies de staphylocoques. Rien de microbien ou de parasitaire au microscope.

Le sang n° 4 a été inoculé à un cobaye, mort le 20 novembre 1907. On a trouvé du staphylocoque dans lesensemencements de la rate de ce cobaye. Même observation au point de vue microscopique que pour le cas précédent.

En résumé, dans deux des quatre cas de M. Dartigolles, quelques éléments de staphylocoques dans cinq cultures, du *subtilis* dans les deux autres cas. Pas de parasites dans le sang. Ces quatre échantillons de sang ont été inoculés au cobaye : l'un de ces animaux est encore vivant, les trois autres sont morts après un temps relativement assez long, sans avoir présenté d'accidents bien nets et en présentant des éléments relativement peu nombreux de staphylocoques dans leurs organes.

V

Il me paraît bien difficile de tirer de tous ces faits des conclusions permettant d'établir une filiation entre eux, et par conséquent de les rapporter à l'étiologie de la suette miliaire. Le résultat le plus constant, c'est que j'ai trouvé dans presque tous lesensemencements, liquide vésiculaire, échantillons de sang, des staphylocoques. Mais ces staphylocoques provenaient-ils bien du sang dans tous les cas ? Il faut faire des réserves, les récoltes ayant été pratiquées au niveau de la peau malade, plus ou moins squameuse. Je ne parle pas de la présence dans deux des cas de M. Dartigolles du subtilis, qui doit être une impureté. A constater, l'absence de tout élément de nature parasitaire dans le sang et dans le liquide vésiculaire. A noter, dans certains cas, la présence de nombreux petits globules sanguins et globulins, de nombreux leucocytes parmi lesquels de grands leucocytes polynucléaires vacuolisés.

Tels sont les résultats qui nous sont communiqués par M. le Professeur Ferré : les conclusions que nous en pouvons tirer ne peuvent nous éclairer beaucoup sur l'étiologie et la pathogénie de la suette miliaire ; mais nous gardons au moins la satisfaction de constater que toutes les bonnes volontés se sont unies pour essayer de jeter quelque lumière sur la question.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Au point de vue thérapeutique, nous pouvons, de la connaissance des manifestations cliniques, déduire la multiplicité des indications. Néanmoins nous pouvons diviser ces indications en trois grandes catégories : les mesures hygiéniques et les mesures thérapeutiques proprement dites ; dans un dernier paragraphe, nous parlerons des mesures prophylactiques.

MESURES HYGIÉNIQUES. — La nécessité de ces mesures avait déjà été mise en relief par certains médecins qui avaient eu à soigner les malades des épidémies de la fin du xix^e siècle. Dans l'épidémie de la Charente et de la Charente-Inférieure, dans la plupart des communes et la plupart des maisons, une seule pensée venait à l'esprit du médecin traitant, imbu des idées nouvelles sur la contagion et la prophylaxie des maladies : mettre les malades dans de meilleures conditions hygiéniques. Cette pensée l'emportait presque toujours sur toute idée thérapeutique. En effet, excepté chez quelques personnes fortunées ou ayant fréquenté les villes, on trouvait réunies les pires conditions de contagiosité, très peu de maisons ayant plusieurs chambres à coucher : d'ordinaire une seule pièce où se trouvaient deux à trois lits. Souvent, dans le même lit couchaient deux personnes malades, ou parfois une mère malade avec ses enfants encore indemnes à ses côtés.

Le médecin avait à lutter contre l'idée populaire du danger qu'il y avait à changer de linge pendant toute la durée de la suette, et cette idée était tellement ancrée dans l'esprit de la

plupart, qu'il arrivait souvent de surprendre sur la figure de l'entourage des jeux de physionomie qui indiquaient nettement le trouble que jetaient les paroles du médecin. Souvent les mesures de propreté ordonnées n'étaient pas exécutées. En tout cas, elles l'étaient à peu près toujours incomplètement. Et cependant ces mesures, dictées avec prudence, n'étaient jamais exagérées. On avait de la peine à obtenir d'un entourage de changer les draps de lit et les chemises des malades quand ces objets étaient imbibés de sueurs. Dans quelques maisons, on ne put jamais obtenir de voir les malades couverts modérément, et nous avons toujours présents à l'esprit les souvenirs de quelques observations que nous avons pu constater, ou que nos camarades ont constatées, de malades couverts de plusieurs chemises et de tricots, souvent de caleçons et de gros bas de laine, les mains gantées de grosses mitaines et, en surplus, plongés sous de lourdes couvertures de laine et des édredons. Le médecin ordonnait de couvrir avec une simple couverture et un édredon ces malades, de changer leur linge. A sa visite, le lendemain, il trouvait un tricot de moins, plus de gants, ni de bas, mais pour ce qui était d'obtenir que le malade fût couvert normalement, il n'y arrivait que dans quelques rares cas. A côté de ces mesures concernant la propreté des linges, nous recommandions constamment la propreté du corps, au moins des parties faciles à tenir propres, le visage, les bras, et combien ressentaient, après ces toilettes sommaires, un bien être tel que d'eux-mêmes ils réclamaient des lavages plusieurs fois dans la journée. Dans nombre de cas, quand l'entourage ne se montrait pas trop rebelle aux premières mesures hygiéniques dictées par nous, nous fîmes faire des ablutions d'eau vinaigrée sur le tronc et sur les membres qui procuraient aux malades un soulagement très notable. Lorsque la disposition des appartements le permettait, on faisait changer le malade de lit quotidiennement et on aërait la pièce qu'il occupait, profitant de la douce température de la saison. Mais cette dernière mesure était fréquemment impossible, souvent les malades ayant été relégués dans la pièce qui avait paru à l'entourage la plus apte à ne pas pro-

curer de courants d'air, c'est-à-dire la pièce ne possédant pas de fenêtre ou possédant une petite lucarne de quelques décimètres carrés. Quand cela fut possible, on ordonna l'enlèvement des rideaux des lits et le nettoyage des objets d'alimentation servant aux malades, la désinfection des fosses d'aisance et des vases servant aux besoins des alités, mais nous restâmes persuadé que ces dernières précautions n'étaient presque jamais prises.

Grâce à ces mesures, même incomplètement réalisées, l'aspect des malades était tout autre. L'éruption semblait se faire plus facilement, le malade semblait moins abattu, l'odeur infecte qui les premiers jours se dégageait des lits, était très atténuée; mais, malgré la guerre que lui firent les médecins, la *méthode suffocante de Sennert* fut encore le traitement que s'appliquèrent d'assez nombreux malades.

Nous pûmes, en tout cas, constater que cette méthode n'offre aucun avantage. Elle semble produire une éruption de sudamina plus abondante, mais moins d'exanthème, et semble abattre considérablement les malades. Nous pouvons même penser qu'elle ne fut pas étrangère à la gravité que présentèrent certains cas.

Alimentation. — Comme boissons, nous permettions toujours aux malades le lait, le bouillon, le vin modérément, les tisanes et une certaine quantité d'eau-de-vie. Nous recommandions le café. Toutes ces boissons étaient administrées tièdes. Dans aucun cas nous ne permettions d'alimentation solide dans la période fébrile ou d'éruption; mais nous permettions hâtivement, après l'éruption, une alimentation semi-solide et parfois même solide dans les cas bénins. Une seule contre-indication à cette alimentation hâtive nous apparaissait dans la persistance des troubles digestifs de la période d'éruption. Malgré cela, nous n'avons jamais vu, du moins dans les formes normales où nous agissions ainsi, de rechutes ou d'aggravations.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Ces indications sont très variables suivant l'intensité de la maladie :

Dans les cas légers, elles sont à peu près inutiles, la maladie évoluant spontanément vers la guérison; les recommandations hygiéniques et alimentaires suffisent dans ces cas.

Dans les cas sérieux ou présentant des particularités cliniques, le traitement a presque toujours été symptomatique.

Nous ne croyons pas à la médication spécifique de la suette. Nous penserions plutôt que toutes les médications rationnelles et surtout peu actives ont abouti au même résultat et ne sont pas pour une très grosse part dans la statistique de mortalité. Ce qui, avant tout, influe sur cette dernière est plus la gravité de la maladie, suivant telle ou telle localité, que la question de médication. C'est peut-être là la raison qui a fait penser à de bons observateurs que la médication qui leur réussissait était une indication spécifique. Dans les cas légers et moyens, toute médication est excellente; dans les cas graves, au contraire, nos camarades et nous-même avons pu nous rendre compte que la médication pouvait rendre des services, mais n'enrayait pas toujours la marche défavorable.

Dans cette épidémie des Charentes, aucun médecin, à notre connaissance, n'a employé l'ancienne méthode des émissions sanguines. Presque tous se sont contentés de faire de la médication symptomatique.

A) Favoriser l'éruption. — Dans certains cas, cette éruption se produisait rapidement et ne semblait avoir besoin d'aucun adjuvant. Dans beaucoup de cas, elle était déjà produite à l'arrivée du médecin. Mais quand nous avons assisté au début de la maladie, nous avons toujours retiré le plus grand bien du changement fréquent de linge et des ablutions d'eau tiède ou d'eau vinaigrée. La miliaire a été ainsi beaucoup moins confluyente, surtout au niveau de la face et de la nuque. L'eau vinaigrée calmait pendant un temps assez long le prurit qui annonçait l'éruption. Enfin, l'éruption semblait elle-même se faire plus rapidement et avec moins de phénomènes généraux.

B) Traiter les troubles digestifs. — Nous avons vu que presque tous les cas de suette étaient accompagnés de constipation, et nombre de cas de phénomènes gastriques. Quand il s'agissait de ces derniers et fréquemment dans les cas de constipation datant de trois à quatre jours, nous avons commencé le traitement par une purgation à l'huile de ricin, suivie les jours

suivants de lavements quotidiens. Nous n'avons contre tous ces phénomènes jamais administré de vomitifs. Nous ne croyons pas que les autres médecins aient employé de l'ipéca. Nous ne pouvons, par conséquent, dire si ce médicament si vanté par Foucart aurait pu rendre des services. En effet, nous doutons qu'avec cette médication nous eussions obtenu une léthalité moindre : si la mortalité a été supérieure dans certaines communes à celle que nous avons observée dans les nôtres, ceci a tenu très probablement à ce qu'il s'agissait du début de l'épidémie, où tous les cas sont plus graves, comme il a été démontré dans les épidémies antérieures.

C) Traiter les phénomènes nerveux. — Dans un certain nombre de cas, nous avons eu à lutter contre des troubles nerveux peu accusés qui consistaient en tremblements, en agitations ; dans ces cas légers, nous nous sommes contenté des ablutions vinaigrées très froides ; mais quelques-uns de nos camarades et nous-même, dans un cas que nous rapportons, avons eu affaire à des phénomènes beaucoup plus graves. Dans notre cas, nous avons du délire. Plusieurs faits semblables nous ont été communiqués par M. Puyhaubert, qui les a observés à Gourville. Dans deux de ces cas, outre le délire, il existait des phénomènes de méningite, raideur de la nuque, douleurs de tête violentes, rachialgie, inégalité pupillaire. Ce qui nous a paru réussir le mieux à calmer ces symptômes, a été l'usage des ablutions froides et surtout des bains froids. Pour le cas que nous avons observé, nous n'avons pu appliquer cette balnéation, ne disposant pas de baignoire, et nous avons dû nous en tenir à l'application du drap mouillé. Ces phénomènes nerveux, qui subissaient une augmentation proportionnelle à l'hyperthermie, étaient très améliorés par cette médication et même parfois disparaissaient pendant un temps plus ou moins long.

Le cas où ils ont produit l'effet le moins sensible et le moins durable est celui d'un délire dans une forme de suette maligne chez un homme de soixante ans, très robuste, mais très alcoolique ; dans ce cas, pendant les deux premiers jours, ils ame-

naient une sédation du tremblement et du délire pendant environ sept à huit heures; mais au bout du troisième jour, la durée de sédation alla en diminuant rapidement, pour ne plus être sensible vers le cinquième jour, où le malade succomba avec une forte hyperthermie.

D) Traitement de l'hyperthermie. — A cet usage des bains froids et des ablutions froides, nous rattachons le traitement de la fièvre, persuadé que ce sont là les deux moyens les plus efficaces dont nous disposions pour lutter contre elle. Ceux qui ont pu employer le bain froid ont vu, après son usage, la température s'abaisser de un à trois degrés. Lorsque la température ne s'abaissait plus que de quelques dixièmes de degré par le même froid et que cette rémission thermique n'était pas de longue durée, on pouvait porter le pronostic le plus grave.

Quelques-uns de nos camarades ont employé la quinine dans quelques cas, mais n'en ont jamais retiré, de leur avis, un avantage bien considérable. Elle abaissait bien un peu la température, mais comme elle n'était utile que pendant la période pré-éruptive, elle amenait, associée aux phénomènes d'angoisse qu'éprouvent les malades dans cette période, un état d'inquiétude avec vertiges et bourdonnements d'oreilles qui effrayaient beaucoup. Néanmoins, il leur semblait que dans les cas où la fièvre persistait après l'éruption, elle donnait à ce moment des résultats favorables, mais qui, dans pareil cas, paraissaient être inférieurs à ceux obtenus par les ablutions froides. Ils l'administraient alors à petites doses : à 0 gr. 50 à 0 gr. 60 dans la journée.

E) Traiter les phénomènes pulmonaires. — Comme nous l'avons vu à la symptomatologie, les phénomènes pulmonaires furent assez rares chez les adultes. Les cas de congestion pulmonaire que nous avons vus ont facilement cédé à la sinapisation et à l'administration que nous avons faite de l'ipéca à la dose de 2 grammes, dans les seuls cas de congestion pulmonaire. Dans les faits nombreux de bronchite observés à Gourville chez les enfants, par M. Puyhaubert, la sinapisation régulière et l'administration à l'intérieur de l'acétate d'ammoniaque et du benzoate de soude ont suffi à amener la guérison.

F) Traiter les phénomènes cardiaques. — Dans les cas légers et moyens de suette, ces phénomènes n'attiraient guère l'attention du médecin pour la nécessité d'un traitement. Mais dans les cas assez nombreux d'asthénie cardiaque ou de myocardite observés consécutivement à la suette, on a été obligé de recourir aux toniques du cœur. Nous-même avons employé le sulfate de spartéine à plusieurs reprises, surtout en injections, et en avons retiré de très bons résultats. Quelquefois aussi nous eûmes recours à la caféine.

Nos camarades ont également employé ces deux médicaments, qui ont paru leur donner des résultats à peu près équivalents; néanmoins, dans les cas pressés, la caféine et l'huile camphrée associées, en deux injections successives, leur donnèrent des résultats très suffisants. Le résultat qu'ils obtenaient était la régularisation du rythme cardiaque sans augmentation très sensible de la force de la pulsation.

G) Traiter l'état général. — Dans les cas graves, les malades étaient dans un état de prostration telle qu'on ne pouvait ne pas tenter quelque chose pour lutter contre cette adynamie. Les injections d'huile camphrée employées par plusieurs d'entre nous et quelques injections de sérum artificiel que nous avons faites nous-même nous ont paru très encourageantes.

H) Traitement des phénomènes urinaires. — Contre la rétention d'urine, le sondage a été naturellement efficace, et une fois M. Puyhaubert, isolé de tout endroit où il pût se procurer une sonde et disposant d'un trocart, eut recours à la ponction de la vessie. Dans les trois cas de rétention d'urine que seul de nous tous il a observés, un ou deux sondages suffirent à faire disparaître la rétention.

Contre l'anurie et l'oligurie, M. Puyhaubert ordonna de la théobromine avec résultats très rapides et très efficaces. Quant à nous, nous n'avons pu dans ces cas, faute de pharmacie dans les environs, avoir recours à ce médicament et nous avons dû nous contenter de la tisane de queues de cerises.

I) Traitement de quelques symptômes particuliers. — Contre

l'hyperesthésie de la région splénique, les cataplasmes chauds n'ont amené qu'une sédation insuffisante.

Contre l'épistaxis du début, on a employé la thérapeutique habituelle; contre les fourmillements, les ablutions d'eau chaude ont donné des résultats très inégaux.

J) Traitement de la convalescence. — Une seule indication nous a paru très urgente pendant la convalescence, c'est de ne pas laisser les malades sortir trop tôt dans les champs et s'exposer au soleil; en effet, un grand nombre de ceux qui sont sortis hâtivement dans ces conditions ont fait non pas des rechutes, mais bien des complications pulmonaires, surtout de la congestion.

PROPHYLAXIE. — Il nous paraît à peu près impossible de préciser que les procédés de désinfection employés dans beaucoup de maladies épidémiques puissent avoir un résultat dans la suette. Cette maladie se dissémine avec une telle rapidité, éclate si soudainement en atteignant d'emblée presque tous ceux qu'elle doit contaminer dans une localité, que toute désinfection des objets ayant touché ou servi à l'usage des malades doit plutôt être dictée par un soin de propreté que dans un but prophylactique. D'abord, il est impossible de faire la désinfection de presque tous les locaux des communes qui ont été envahies, par les procédés de désinfection au moyen des gaz. Il est souvent difficile d'obtenir le nettoyage des objets de literie, nettoyage qui demande un temps assez long, alors que dans la plupart des maisons on dispose, en fait de mobilier, de moins que du nécessaire.

D'autre part, quand on peut pratiquer la désinfection, c'est alors que l'épidémie a déjà fait ses ravages et qu'elle est à sa période de déclin; or, à ce moment-là, quand il se produit des cas nouveaux, ils sont excessivement bénins et nous savons, par la connaissance des épidémies antérieures, que ces cas sont très rares et qu'une épidémie de suette n'est pas, en général, une chose qui reste à l'état sporadique dans le pays. Même avec cette hypothèse, il serait tout à fait illusoire, quand on a vu de près le pays, les habitants et les habitations, de vouloir songer

à faire de la désinfection comme on en fait dans les villes au moyen des tubes. Les tentatives qui ont été faites lors de cette épidémie des Charentes ne pouvaient, en effet, prouver grand-chose : elles ont eu lieu à l'heure où l'épidémie était déjà éteinte. Elles ont duré un temps dans chaque localité suffisant à donner au fléau le temps de s'étendre à dix communes avoisinantes, si l'épidémie avait dû continuer. Elles n'ont pas été sans inconvénient pour les habitants et, au point de vue de l'efficacité, nous pouvons dire que dans une commune voisine de la nôtre où quelques villages ont été désinfectés par ce moyen, six cas nouveaux de suette ont eu lieu après la désinfection, dont cinq dans les villages désinfectés et un seul dans les trois villages non désinfectés. Dans notre commune, au contraire, attenante à la précédente, où la désinfection par les étuves n'a pas eu lieu, il n'a existé aucun cas tardif de suette.

Malgré ces considérations qui ne nous porteraient pas à employer des étuves dans un but prophylactique, nous avons toujours recommandé à l'entourage de nos malades l'aération des appartements, le blanchiment des murs à la chaux, le lavage des tentures et de la literie, la désinfection des matières fécales et des fosses d'aisance, persuadé que ces manœuvres ne pouvaient avoir aucune influence sur l'épidémie, mais qu'elles seraient utiles aux habitants du pays en leur enseignant quelques règles élémentaires d'hygiène.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons d'exposer de l'épidémie de suette miliaire qui eut lieu dans les départements de la Charente et de la Charente-Inférieure, en mai et juin 1906, nous avons pu faire ressortir quelques particularités au point de vue de la contagiosité de l'épidémie, de son étiologie, de ses manifestations cliniques. Nous avons essayé de montrer les résultats qu'avait donnés la thérapeutique employée et les précautions prophylactiques qui avaient été prises.

A la fin de ce travail, nous aurions pu donner une quantité considérables d'observations, mais nous avons voulu limiter leur nombre à quelques cas qui nous ont paru beaucoup plus intéressants que d'autres. Nous avons seulement regretté que les mauvaises conditions dans lesquelles nous nous trouvions, pour faire les examens complets de nos malades, nous aient empêché de pratiquer des prises de sang et de liquides pathologiques, comme nous aurions désiré le faire.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
A. PITRES.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 décembre 1907.
Le Recteur de l'Académie,

Pour le Recteur : Le Doyen délégué,
A. PITRES.

BIBLIOGRAPHIE

- CAIUS BRITANNICUS. — De ephemera Britannica liber summa cura recognitus. Londres, 1712.
- BELLOT. — An febris putrida Picardis suette dicta sudorifera. Paris, 1733.
- FANTONI. — Historia de febris miliaribus. Turin, 1747.
- DE MEYSEREY. — Méthode aisée et peu coûteuse de traiter plusieurs maladies épidémiques comme la suette. Paris, 1753.
- VANDERMONDE. — Description d'une fièvre maligne vulgairement appelée suette, qui a régné à Guise en juin et juillet 1739. *Journal de méd. de Vandermonde*, 1760.
- TEISSIÈRE. — Mémoire sur la suette qui a régné à Hardivilliers, en Picardie, au mois de mai 1773. *Mém. de la Soc. de méd.*, 1777.
- LEPECQ DE LA CLOTURE. — Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques. Rouen, 1778.
- PUJOL, de Castres. — Observations sur la fièvre miliaire épidémique qui a régné dans le Languedoc et les provinces limitrophes durant le printemps de 1782.
- Traitement de la fièvre miliaire épidémique à Toulouse, sur la fin du mois de mai 1782 ; par Rigaud, médecin de Castelnaudary ; Reboulh, médecin de Carcassonne ; Gaubert, médecin de Belpech ; Dubor, professeur en médecine ; Ducasse, docteur en médecine ; Arrazat, professeur en médecine ; Benet, docteur en médecine ; Dubernard, professeur en médecine ; H. Fouquet, médecin de Montpellier ; Dastarrat, docteur en médecine ; Sol, docteur en médecine. (Editeur Michel Racle, imprimeur de l'Hôtel-de-Ville, rue Saint-James, Bordeaux.)
- GASTELLIER, de Montargis. — Essai sur la fièvre miliaire. Paris, 1784.
- DEPLAIGNE. — Histoire des fièvres pétéchiales et miliaires qui ont régné pendant huit ans dans le canton de Montaigu en Chanterailles (Auvergne). *Journ. de Vandermonde*, t. XXIII, 1763.

- PLANCHON. — Dissertation sur la fièvre miliaire. Tournai, 1772.
- VARNIER. — Essai sur la fièvre miliaire qui règne souvent dans plusieurs cantons de la Normandie. 1782.
- BARAILLON. — Premier et deuxième mémoire sur la fièvre miliaire. Mém. de la Soc. royale de méd., t. I et II, p. 1776.
- POISSONNIÈRE, AUDRY et JEANROY. — Instruction sur le traitement de la fièvre miliaire qui est endémique dans le département de l'Oise, et en particulier dans la commune du Déluge. 1791.
- SCHAEEL et HESSERT. — Précis historique et pratique sur la fièvre miliaire. Strasbourg, 1813.
- LANTAIRE, de Saint-Geniès. — Observations sur la nature et le traitement des affections séro-muqueuses, suivies d'une dissertation sur les exanthèmes miliaires. Aix, 1815.
- RAYER. — Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1821 dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise. Paris, 1822.
- DUBRUN, de Peyrelongue. — De l'épidémie de suette miliaire du département de l'Oise pendant l'été de 1821. Paris, 1824.
- FODÉRÉ. — Recherches sur la fièvre connue sous le nom de miliaire. Paris, 1828.
- MOREAU. — Histoire sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1821 dans le département de l'Oise. *Journ. hebdomadaire*, 1832.
- DEFrance. — Considérations sur la suette miliaire qui a régné épidémiquement à Auzi-le-Château pendant les mois de juin et juillet 1832. *Journ. compl. du Dict. des sc. méd.*
- MANGIN. — Essai historique et pratique sur la fièvre miliaire. Strasbourg, 1834.
- MÉNIÈRE. — Note sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de l'Oise. *Archiv. génér. de méd.*, t. XXIX, 1832.
- LITTRÉ. — Grandes épidémies. *Revue des Deux-Mondes*, 1836.
- PRATBERUON. — Notice sur la suette épidémique à Vesoul en 1837. *Revue médicale*, 1838.
- ROBERT. — Lettre sur la fièvre miliaire. Paris, 1839.
- BARTHEZ, GUÉNEAU DE MUSSY, LANDOUZY. — Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Coulommiers en 1839. *Gaz. méd. de Paris*, 1839.
- PINDRAY. — Epidémie du département de la Dordogne. *Gaz. méd. de Paris*, 1841.
- BRICHETEAU. — Rapport sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes des départements de la Dordogne et de la Charente. *Bull. de l'Académie de méd.*, t. VII, 1841-1842.

- MARTIN SOLON. — Rapport sur les épidémies de suette miliaire observées en 1842 dans les départements de Lot-et-Garonne, Tarn-et-Garonne, Deux-Sèvres, Haute-Saône et Jura. Bull. de l'Académie de méd., t. VIII, 1842-1843.
- GIGON. — Essai sur la suette éruptive épidémique du département de la Charente. Angoulême, 1843.
- GRISOLLE. — Mémoire (inédit) sur l'épidémie de suette observée à Poitiers en 1845. Bull. de la Société de méd. de Poitiers, 1846.
- GAILLARD. — Considérations sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné à Poitiers en 1843.
- COLSON, de Noyon. — Lettre sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de Seine-et-Oise. 1849.
- GUÉRIN (Jules). — Etude sur la suette miliaire épidémique et en particulier sur l'épidémie de 1849. *Gaz. de méd.*, Paris.
- GALTIER. — Rapport sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans l'arrondissement de Castelnaudary pendant l'année 1864. Toulouse, 1866.
- MEUSNIER. — Etude sur la suette miliaire. Paris, 1872.
- MAZUEL. — Etude sur la suette miliaire. Thèse de Paris 1876.
- ARDOUIN. — Relation d'une épidémie de suette miliaire dans l'île d'Oléron. *Arch. de méd. nav.*, 1881.
- PINEAU. — Notes sur l'épidémie de suette miliaire dans l'île d'Oléron. Paris, 1882.
- DOLÉRIS. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie de Jaccoud.
- BROUARDEL et THOINOT. — Rapport à l'Académie de médecine, 1887. Comité consultatif d'hygiène publique, 1887.
- THOINOT. — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, art. « Suettes », t. I, p. 325.
- GIRODE. — Comité consultatif d'hygiène publique, 1888.
- CHÉDEVERGNE. — Epidémie de suette miliaire de Poitiers. Bull. de l'Acad. de méd., 4 octobre 1887.
- CHANTEMESSE et HAURY. — Communication à l'Académie de médecine, 23 octobre 1906. *Archives gén. de médecine*, 30 octobre 1906, t. I.
- DESBATS. — Rapport au préfet de la Charente-Inférieure, 23 juillet 1906.
- SABRAZÈS, JONCHÈRES, MURATET. — Le sang dans la suette miliaire (épidémie des Charentes). *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 juillet 1906.
- VIGNOL. — Epidémie de suette miliaire des Charentes de 1906. Extrait de la *Sem. méd.* du 9 janvier 1907.

